



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA**  
**Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita**

Dottorato di Ricerca in Medicina e Scienze Umane XXVI Ciclo  
Direttore Prof. Giuseppe Armocida

**Acuzie Psichiatriche nel Migrante: un'indagine sul  
Territorio di Gallarate (VA)  
in una cornice teorica Transculturale**

Relatore  
Chiar.mo Prof. Giuseppe Armocida

Tesi di Dottorato del  
**Dott. Fabrizio Munaro**  
Matricola 715849

Anno Accademico 2013/2014

# INDICE

## Introduzione

- Nuove esigenze delle società multiculturali nel trattamento dei disagi acuti a carattere d'urgenza.
- Orientamenti multidisciplinari.

## 1. PARTE PRIMA, LA RICERCA

- 1.1 Introduzione all'indagine svolta
- 1.2 Scopo del Lavoro
- 1.3 Materiali e Metodo
- 1.4 Risultati
- 1.5 Dati Clinici
- 1.6 Discussione
- 1.7 La continuità Terapeutica

## 2. PARTE SECONDA, Esempi di approcci clinici Transculturali

- 2.1 Paesaggi
- 2.2 La Formulazione Culturale del Caso
- 2.3 Il Modello BioPsicoSociale nella pratica Clinica
- 2.4 La narrazione come colloquio clinico

## 3. PARTE TERZA, BIOETICA E PSICHIATRIA

- 3.1 Dalla deontologia alla bioetica
- 3.2 Dall'etica alla bioetica
- 3.3 Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici
- 3.4 La tutela della soggettività del malato

## 4. PARTE QUARTA, BIOETICA e MALATTIA MENTALE

## **5. PARTE QUINTA, BIOETICA e NEUROSCIENZE**

- Un esempio: Il comportamento aggressivo
- Alle radici della soggettività: la sensazione
- I correlati neurali della coscienza e dell'autocoscienza
- Le illusioni della coscienza: epifenomenismo e libero arbitrio
- I neuroni specchio e il libero arbitrio

### **5.1 Riflessioni sulle Neuroscienze**

- La stimolazione cerebrale profonda
- Riflettere eticamente sulla stimolazione cerebrale profonda
- Dalla prassi alla teoria

## **CONCLUSIONI**

## **Bibliografia**

## INTRODUZIONE

- **Nuove esigenze delle società multiculturali nel trattamento dei disagi acuti a carattere d'urgenza.**

Il confronto con l'alterità è diventato una necessità e l'approfondita conoscenza dell'Altro, lo strumento indispensabile per un' efficace integrazione sociale. Ogni cultura crea, e continua a creare, un sapere e un saper-fare relativamente alla distinzione tra normale e anormale.

Mentre la psichiatria cerca di estrapolare dal singolo caso indicazioni di ordine universale, l'approccio transculturale, in costante dialogo con altre discipline quali antropologia, sociologia e etnologia, mette in rilievo piuttosto la peculiarità del paziente in rapporto al gruppo e all'ambiente ai quali appartiene.

Una nuova prospettiva, in cui le matrici culturali orientano le pratiche cliniche, può certo contribuire a mettere a punto le modalità della prevenzione, comprensione, presa in carico dei disturbi psichici nei migranti. L'analisi dell'accesso ai servizi ha lo scopo di monitorare l'adeguatezza della risposta alla richiesta di cura e di orientare cambiamenti organizzativi e protocolli operativi.

- **Orientamenti multidisciplinari**

Le scienze e le prospettive delle diverse discipline sono alla ricerca di una via che le ponga in comunicazione, considerando però che l'interdisciplinarietà qualora non si fondi su una critica preliminare dei postulati e dei metodi delle discipline che si intendono collegare, può portare ad un moltiplicarsi di occasioni di disordine. Una "logica" della confusione che percorra una sorta di via dalla confusione alla unificazione.

Per Devereux quel che veramente importa, non è questo o quel tratto culturale, ma la dimensione tribale di appartenenza, cioè l'Ethos della cultura.

L'educazione del bambino dipende da questo ethos e non dalle tecniche particolari impiegate dai genitori.

La multidisciplinarietà oltre ad avvalersi dei contenuti presi in prestito da altre discipline può caratterizzarsi da l'addizionabilità dei contenuti (Etnopsichiatria), per esempio nevrosi e psicosi

possono snaturare gli item della cultura che per essere compresi devono essere reinseriti nei loro contesti culturali.

Altre discipline hanno rapporti complementari, non sono caratterizzati da reciproca integrazione. Fra antropologia culturale e psicoanalisi esiste un rapporto di indeterminazione dovuto al fatto che le procedure di osservazione modificano i dati osservati.

Riconoscere il coinvolgimento dell'osservatore all'interno del soggetto osservato, per esempio riti e costumi possono richiamare nell'etnografo pericoli e desideri della propria infanzia, fornendogli lo spettacolo di un materiale da lui stesso rimosso; ciò può far emergere forme di fraintendimento dei fatti. Se le resistenze, i contro-tranfert, i meccanismi di difesa contro i fantasmi provocati dallo spettacolo osservato, possono costituire una fonte di errore in quanto l'osservatore non ne ha preso coscienza, per contro, una volta trattati come dati di base, possono rivelarsi come fonte di creatività scientifica. Questo modello di multidisciplinarietà è collocato non nella scienza in costruzione, ma prima di essa, nell'epistemologia, dove le scienze si completano e correggono a vicenda.

E' possibile individuare un altro modello di multidisciplinarietà osservando la psichiatria sociale, dove c'è la possibilità di trasformare i dati di ogni singola scienza in "variabili" di una situazione totale, procedendo a fondare il sistema delle variazioni di questa totalità, si passa da un discorso coerente di parole ad un modello matematico. In tal caso si sposta il locus della divaricazione tra soggetto e oggetto, per collocarlo dopo, nell'interpretazione dei dati ottenuti dalle macchine, vale a dire nell'osservazione empirica.

*"L'incompletezza delle spiegazioni non costituisce soltanto l'aspetto più valido del mio lavoro, è anche quella che mi protegge dalle inevitabili seduzioni e insidie di un atteggiamento onnisciente.*

*Il metodo complementarista, infatti, presuppone e addirittura esige la coesistenza di spiegazioni differenti, ognuna delle quali è quasi esaustiva all'interno del proprio quadro di riferimento, ma appena parziale in uno diverso."(Devereux G., 2007)*

L'artefatto utilizzato come linguaggio, come traduttore di mondi interni, inserito in un contesto nel quale il Luogo, la storia personale e la rete sociale formano strette interconnessioni a tratti talmente invasive da rompere gli argini di un Io fragile (Inghilleri, 2003). La possibilità di mantenere un setting stabile, figure distinte e con dei ruoli chiari, l'utilizzo di un'equipe multidisciplinare o anche solo l'attenzione del singolo operatore verso le radici culturali permettono di integrare il mondo interno del paziente e la realtà storica-culturale circostante. Una relazione vista come patrimonio clinico all'interno di un percorso di cura, che getta importanti interconnessioni tra un'espressività sintomatologica che rimanda a rigidi schemi nosografici e le manifestazioni emotive proprie di alcuni esseri umani che vivono un disagio psicologico/psichiatrico, comunque attori e portatori di significati nella nostra comune realtà culturale.

## **1. LA RICERCA**

### **1.1 Introduzione all'indagine svolta**

In Italia, al primo gennaio 2011, si registrano quasi 5 milioni di stranieri residenti con un incremento di 335.000 unità rispetto l'anno precedente (+7.9%). Negli ultimi venti anni la popolazione immigrata in Italia è cresciuta di quasi venti volte. L'86.5% risiede nel Nord e Centro, mentre il 13.5% nel mezzogiorno e il restante nelle isole. Nella regione Lombardia la presenza straniera è stimata, al primo luglio 2011, in un milione e 269.000 unità che rappresenta una quota pari al 23.7% del totale nazionale.

Il territorio della provincia di Varese conferma il trend di drastico aumento del numero totale degli stranieri provenienti dai Paesi ad alta pressione migratoria (Europa orientale e Africa del nord). Tra le aree e Paesi di provenienza più rappresentati troviamo l'Europa Orientale con Romania, Albania, Ucraina (all'inizio del decennio gli est-europei rappresentano poco più di un terzo del totale, mentre nel 2011 sono la maggioranza assoluta con il 53% del totale) e l'Africa del nord con il Maghreb.

Nell'ambito della cura di persone provenienti da altre culture, presso il Servizio di Diagnosi e Cura (SPDC) del Dipartimento di Salute Mentale di Gallarate, territorio oggetto di indagine in questo lavoro, si registra un andamento in continua crescita. Questo fenomeno richiede un'analisi su come il servizio risponda all'urgenza psichiatrica e soprattutto sull'indicazione dei percorsi di cura più idonei.

### **1.2 Scopo del lavoro**

Il proposito di questo lavoro è quello di approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio nella sua complessa realtà per meglio comprendere le dinamiche, i bisogni e le potenzialità della popolazione migrante in ambito esclusivo di urgenza psichiatrica.

La società multiculturale è ormai una realtà consolidata anche nel nostro Paese, interessato dai flussi migratori in un tempo successivo rispetto ad altri Paesi europei. Il confronto con l'alterità è diventato una necessità e la conoscenza, quanto più approfondita, dell'altro è lo strumento indispensabile per avviare con successo un processo di integrazione che rispetti entrambi i poli della relazione. L'alterità nel mondo attuale è inserita in un contesto dinamico le culture si

ibridano, si modificano, ognuna influenza ed è influenzata dalle altre e, se queste dinamiche non vengono considerate, le culture perdono di senso.

### **1.3 Materiali e metodi**

L'indagine ha come oggetto l'accesso dei migranti al servizio SPDC di Gallarate (VA). Il periodo temporale preso in esame è quello dal 1° Gennaio 2011 al 31 Dicembre 2013. I dati raccolti provengono in parte dalla consultazione delle cartelle cliniche compilate dai medici psichiatri e dalla consultazione delle lettere di dimissione dal periodo di degenza ospedaliera e in parte da dati raccolti tramite intervista al paziente.

I dati ottenuti sono stati elaborati in un'analisi descrittiva.

### **1.4 Risultati**

Traceremo per primo il profilo socio-culturale degli utenti stranieri servendoci dei seguenti parametri: genere, età, area geografica di provenienza, appartenenza religiosa, conoscenza della lingua italiana, cure e spiegazioni appartenenti alla cultura d'origine. Il profilo socio-economico sarà invece delineato da: livello di scolarizzazione, stato civile, condizione occupazionale, motivo della migrazione, e successivamente il profilo clinico e l'eventuale proposta d'intervento terapeutica successiva alle fase acuta con particolare attenzione alle ricadute in forma acuta e l'esito della proposta clinica. L'importanza della conoscenza delle condizioni socio-economiche risiede nel fatto che esse sono fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi mentali.

Nei trentasei mesi di osservazione si sono verificati, su un totale di 1125 ricoveri, 96 accessi da parte di pazienti migranti (8.54 % dell'utenza totale). Ciò significa che la domanda di cure da parte della popolazione dei migranti è in aumento rispetto a quella registrata negli anni dal 2008 al 2010 pari al 7,6%, la tendenza del 2014, misurata a Dicembre 2014 è pari al 9,8%.

E' possibile notare come la percentuale di ricoveri per pazienti migranti appare in costante aumento dal 2008.

Nel contesto delle aree di provenienza il gruppo più numeroso è quello proveniente dall'Europa orientale con 35 utenti ( 36,5%); segue l'Asia con 20 utenti (20,8%), segue il Maghreb con 17 utenti (17,7%) poi l'Africa sub sahariana con 12 utenti (12,5%), l'Europa occidentale con 8 utenti (8,3%), l'America del centro sud con 3 utenti (3,1%) ed infine la Cina



con 1 solo utente (1%). Per quel che concerne il genere, la maggioranza è rappresentata dalla componente femminile: le donne sono 68 (70,8%) mentre gli uomini sono 28 (29,2%). Questo dato è in linea con quello degli anni precedenti. Si nota come le donne, che rappresentano la componente maggioritaria, stiano progressivamente aumentando la presenza negli accessi in favore della componente maschile. Passando poi alla distribuzione per fasce d'età si registra, un'età media di 38,7 anni (maschi 38,5anni, donne 39,8 anni) con una prevalenza della fascia 32-39 anni. Il dato deriva dal fatto che la popolazione migrante adulta è nella stragrande maggioranza composta da persone nel pieno della loro età lavorativa. Nel biennio 2009-2010 l'età media dei pazienti migranti ricoverati è stata di 39,7 anni, con una netta prevalenza del genere femminile (68,4%).

I dati riguardanti l'appartenenza religiosa, le cure culturalmente stabilite e la descrizione del luogo di provenienza (urbano,rurale) nell'52% dei casi non è disponibile il dato, per mancata intervista e per dato non inserito in cartella clinica.

Le religioni praticate dai degenti risultano essere: Islamica 63%, Ortodossa/Protestante 27%, Cattolica 7%, Ateo 2% e Animista 1%.

Rispetto alle spiegazioni, che i pazienti migranti hanno verso i sintomi mostrati e alla percezione del loro disagio o della crisi acuta, solo il 9% delle persone intervistate si è dato interpretazioni con riferimenti alla cultura d'origine (possessioni), mentre solo il 3% delle suddette persone ha provato metodi di cura della propria cultura d'origine; per il restante 91% esistono esclusivamente spiegazioni e cure appartenenti alla cultura occidentale e alla medicina occidentale. Questo dato permette una riflessione sull'importanza dell'aspetto relazionale nel percorso di cura piuttosto che sul lato tecnico di utilizzo di una pratica piuttosto che un'altra. Pare che i migranti accettino di essere curati anche con metodiche appartenenti al Paese Occidentale di destinazione.

Nel 72,3% dei casi tali persone provengono da luoghi di forte urbanizzazione, il restante 27,7% proviene da zone rurali.

Nell'ambito del livello di scolarizzazione del nostro campione l'utenza migrante possiede un livello medio di scolarizzazione. Il 29,12% ha il diploma di scuola superiore, mentre il 65,54% ha la licenza media inferiore; il 5,34% ha conseguito la laurea.

Per la conoscenza della lingua italiana: la maggioranza, ossia il 78,3%, si avvale di una buona conoscenza della lingua italiana, mentre 21,7% non ha invece questa capacità.

Questi risultati riportano ancora una volta l'attenzione sull'importanza della figura del mediatore linguistico culturale, in quanto l'utenza che non conosce la lingua italiana rappresenta una quota decisamente non trascurabile (questo significa che quasi un utente ogni cinque non riesce a comunicare in modo adeguato per essere aiutato).

Per valutare il successo del percorso migratorio si è deciso di considerare la conoscenza della lingua e le difficoltà lavorative. Nel complesso si nota che il 20% non conosce la lingua italiana e il 42,3%% dei migranti che afferisce al servizio psichiatrico di degenza ha delle difficoltà lavorative; quindi circa il 31% della popolazione migrante considerata non ha avuto un processo migratorio concluso con l'inserimento in rete sociale adeguata e funzionale.

Solo il 7,3% ha una rete di familiari disponibile e d'aiuto nella situazione pre-crisi o post-crisi psichiatrica.

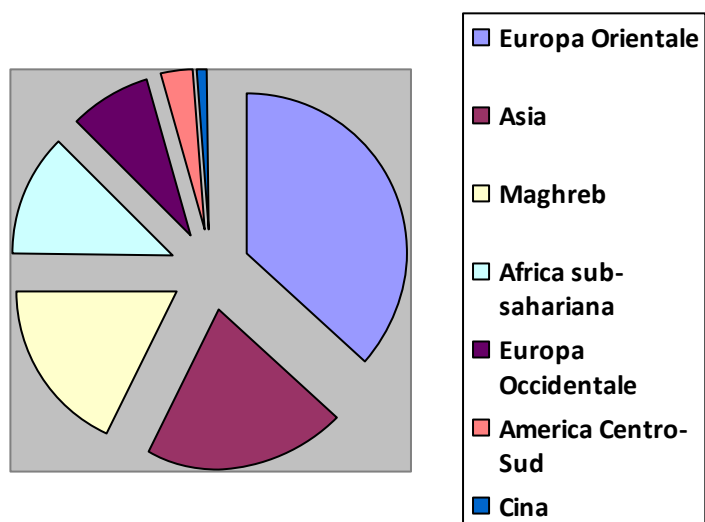
Prendiamo ora in considerazione lo stato civile degli utenti stranieri. La maggior parte degli utenti risulta coniugata, 43,2% mentre i conviventi sono (5,1%). Troviamo poi gli utenti celibi/nubili 29,7%), seguiti dai separati/divorziati pari al 12%.

Tra i motivi della migrazione troviamo che il lavoro con il 62% e il ricongiungimento familiare con l'22% sono le ragioni principali sui dati disponibili, mentre il 9% sono i richiedenti asilo (il 7% non dichiara motivazioni).

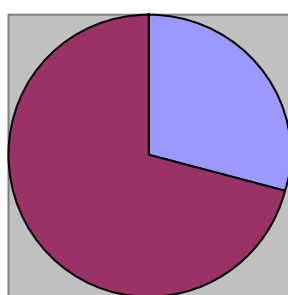
Un dato interessante da prendere in considerazione risulta essere la residenza, poiché determina le possibilità di accesso ai programmi territoriali di cura. Nell'SPDC di Gallarate emerge che il 20% delle persone migranti non risiede nel territorio di competenza, risultano di passaggio provenienti dall'Aeroporto di Malpensa. Per tali persone dopo il ricovero di degenza non è possibile monitorare il percorso di cura successivo, ricevono esclusivamente cure primarie in acuzia psichiatrica.

Concludendo possiamo riassumere le seguenti caratterizzazioni socio-culturali della figura del migrante che accede al Servizio di Diagnosi e Cura di Psichiatria:

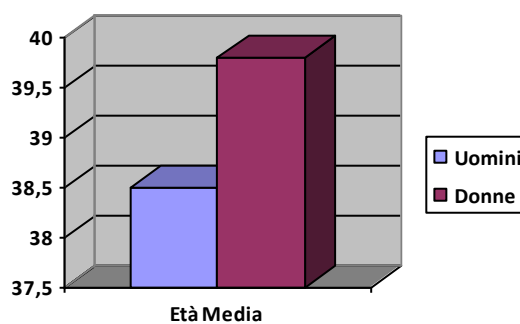
## 1. PROVENIENZA



## 2. GENERE ed ETÀ

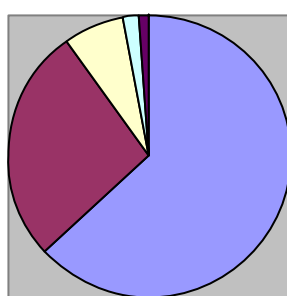


Uomini  
Donne

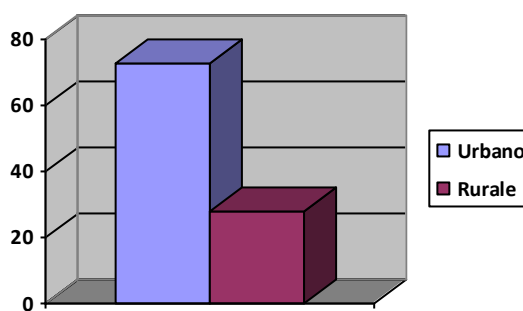


Uomini  
Donne

## 3. RELIGIONE e LUOGO di PARTENZA

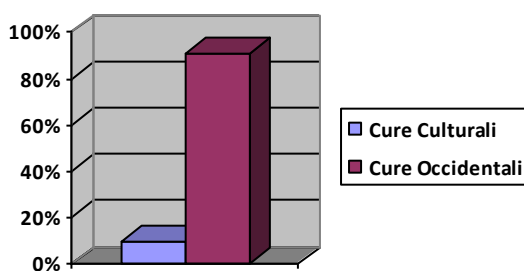


ISLAM  
Ortodossi-Protestanti  
Cattolici  
Atei  
Aimisti



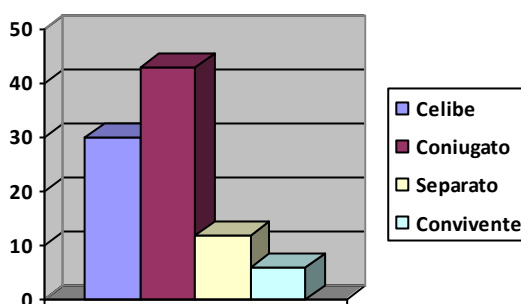
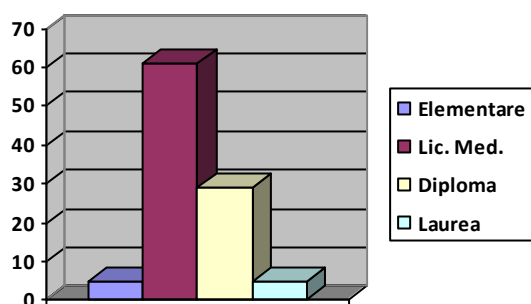
Urbano  
Rurale

#### 4. CURE CULTURALMENTE DETERMINATE

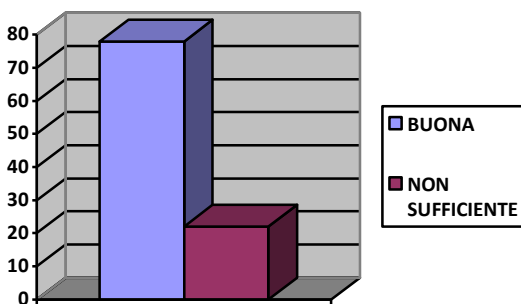
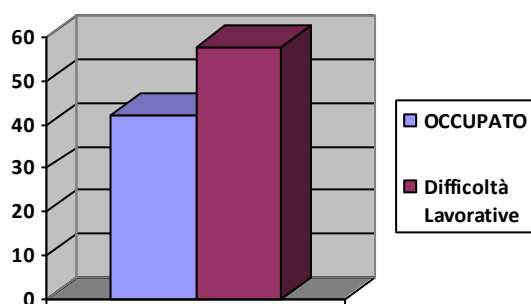


Si osserva che solo il 3% delle persone che hanno spiegazioni verso la propria sofferenza psichica appartenenti alla cultura d'origine hanno provato cure culturalmente determinate, Il restante 91% si è curato con metodi appartenenti alla medicina occidentale.

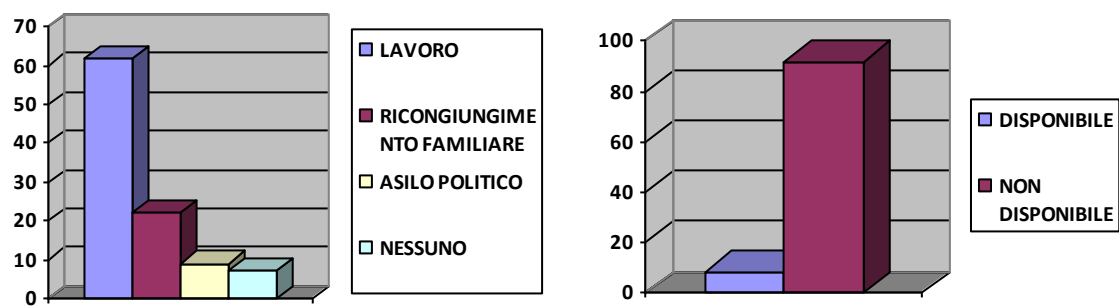
#### 5. SCOLARIZZAZIONE e STATO CIVILE



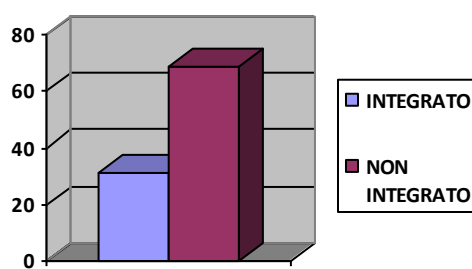
#### 6. POSIZIONE LAVORATIVA e CONOSCENZA Lingua Italiana



## 7. MOTIVI MIGRAZIONE e RETE FAMILIARE



## 8. PROCESSO MIGRATORIO



## 1.5 Dati Clinici

Ora prenderemo in considerazione i dati clinici raccolti suddivisi in:

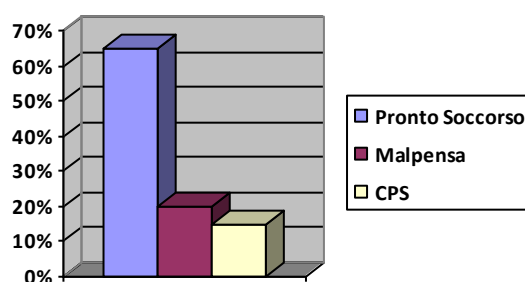
- Diagnosi
- Inviante
- Sintomatologia
- N° giorni di ricovero
- Trattamenti Sanitari Obbligatorii
- Dimissioni concordate/Non concordate
- Contatti territoriali precedenti-successivi
- Uso sostanze
- Esito ricovero

La maggior parte delle persone provenienti da altre culture, circa il 71%, risulta al primo accesso al Servizio di Diagnosi e Cura Psichiatrico, di questo 71% il 53% è al primo contatto assoluto con i Servizi Psichiatrici, come se fosse considerata, da parte loro, solo la fase acuta.

Le diagnosi più rappresentate, secondo l'ICD-10, nelle persone migranti afferenti all'SPDC di Gallarate nel periodo 2011-2013 risultano essere le Psicosi con il 46%, seguiti dai disturbi di Disadattamento con il 16%, poi troviamo la Depressione 8% con gli stati Maniacali al 6,5% e i Bouffée Deliranti al 6,5% insieme agli Episodi Psicotici al 4,8%. Mentre i ricoveri necessari per i Disturbi di Personalità sono il 4,8% seguiti dalle Intossicazioni Acute da Benzodiazepine al 3,2%.

Per quanto riguarda l'invio risulta essere il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Gallarate con il 65% come punto d'accesso alle cure acute psichiatriche, L'aeroporto di Malpensa rappresenta il 20% degli invii e il restante 15% proviene dagli Ambulatori di Psichiatria (CPS) territoriali.

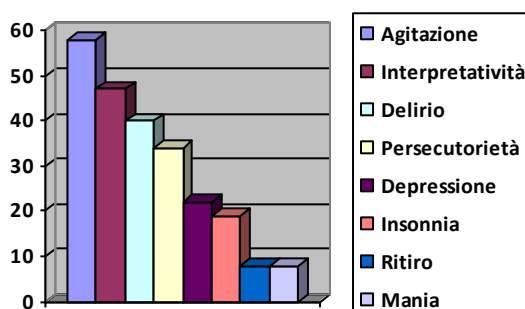
## INVIANTI



Le sintomatologie maggiormente presenti trasversali alle diagnosi sono:

Agitazione nel 58% dei casi, Interpretatività 47%, Delirio 40%, Persecutorietà 34%, Depressione 22%, Insonnia 19%, Ritiro e Mania 8%.

## SINTOMI

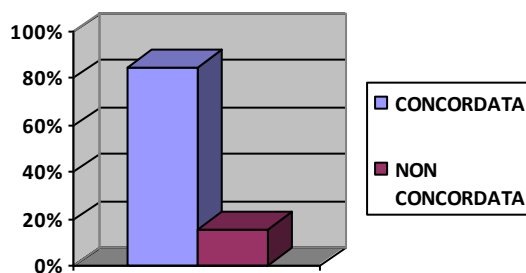


L'uso di sostanze stupefacenti è presente nel 16% dei ricoverati.

La durata media del ricovero è di 8,32 giorni, dove il più breve è di 1 giorno mentre la degenza più lunga è stata di 28 giorni. I trattamenti sanitari obbligatori sono stati necessari nel 17,7% dei casi presi in considerazione (96 in 3 anni).

Mentre la dimissione risulta Concordata nell'85% dei casi, il 15% delle persone migranti ricoverate abbandona la degenza non concordatamente (drop-out) con i medici curanti.

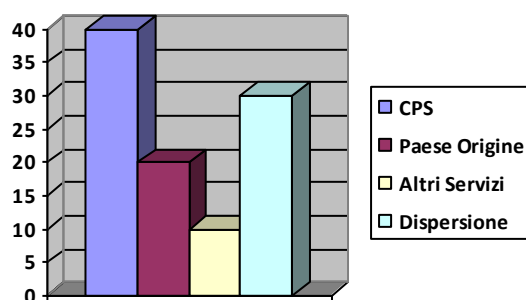
## DIMISSIONI



Solo il 12,5% dei primi accessi in SPDC hanno avuto precedenti contatti con gli ambulatori di Psichiatria. Questo dato permette di riflettere su come la maggior parte delle persone migranti accede alle cure psichiatriche solo dopo una situazione di crisi acuta.

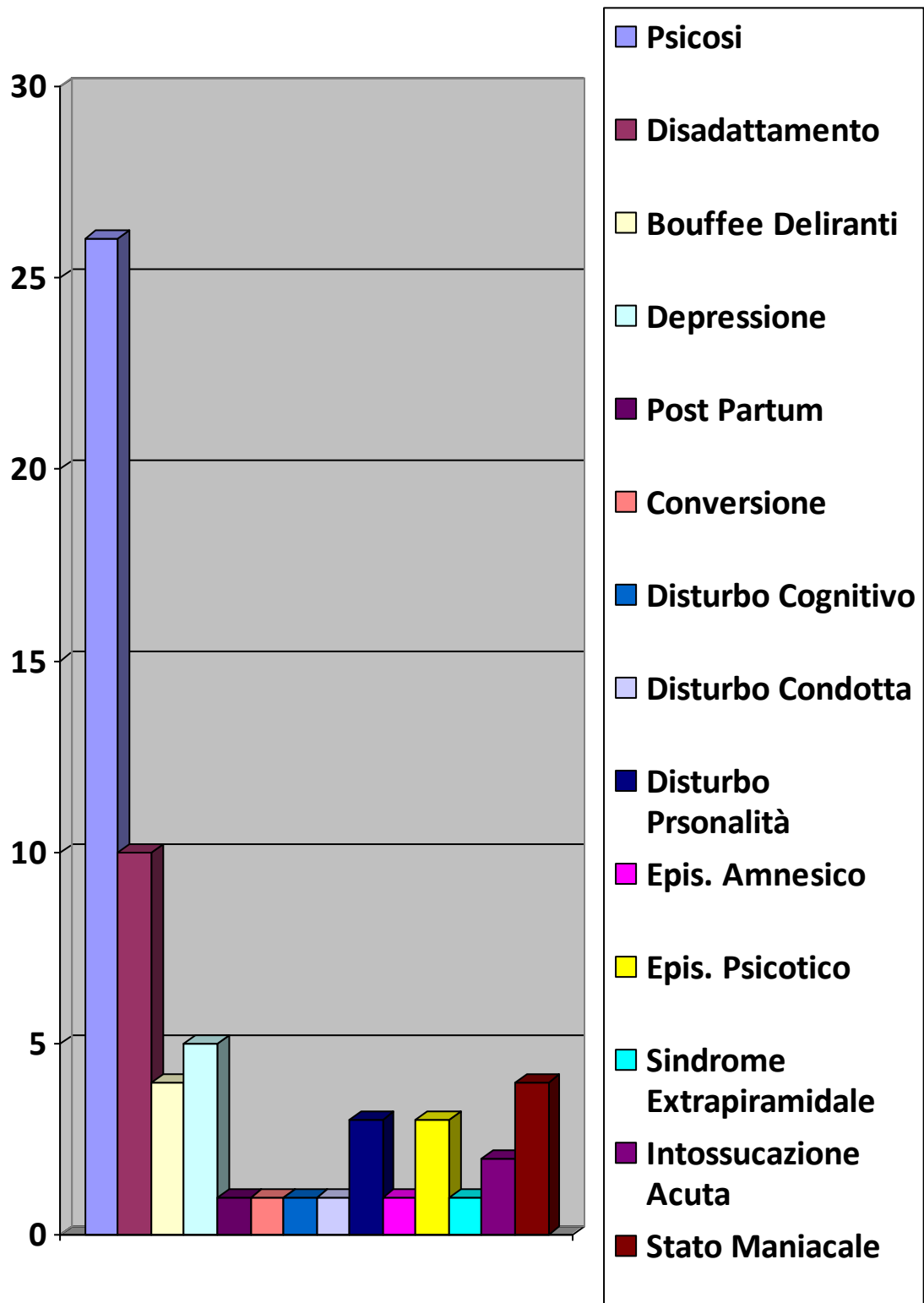
L'esito del ricovero nel 40% dei casi propone un percorso terapeutico da svolgere presso gli ambulatori territoriali (CPS), il 20% torna al proprio Paese d'Origine, 10% viene inviato presso altri servizi (Consultorio, Prefettura, Centri Accoglienza), nel 30% dei soggetti si perdono le notizie e non si riesce a proporre un percorso di cura.

## ESITO





## DIAGNOSI



## 1.6 Discussione

L'utenza straniera afferente al Servizio di Diagnosi e Cura Psichiatrica (SPDC) di Gallarate è composta per la maggior parte da donne con età media di 39,5 anni, proveniente con maggior frequenza da paesi dell'Europa orientale con una buona conoscenza della lingua italiana, di religione islamica e proveniente da luoghi urbani. Emerge una sufficiente scolarizzazione, la presenza di un partner e una difficile situazione lavorativa. Molti life-events risultano scatenare la crisi psichiatrica, importante risulta notare l'assenza di una rete familiare o sociale (di comunità). Emigrano per trovare lavoro, o meglio per migliorare la condizione economica e di benessere, ma nella maggior parte dei casi il percorso migratorio non confluisce in integrazione.

La presenza di una consistente componente femminile nella popolazione di utenti del servizio può essere spiegata, in primo luogo, con una condizione di vulnerabilità che fa parte della vita di molte donne, soprattutto migranti. Questa condizione di vulnerabilità può essere legata allo status di migrante, ma sicuramente si aggrava e si acutizza in seguito a eventi come la rottura del legame coniugale (magari messo in crisi dall'esperienza migratoria) e la conseguente necessità di farsi carico di problemi come crescere i figli, mantenere o cercarsi il lavoro, ossia problemi di natura sociale e economica che possono porre sotto pressione l'equilibrio psichico della donna. Accanto a questo fatto dobbiamo considerare che le donne migranti, rispetto agli uomini, sono più disponibili a parlare di sé, della propria esperienza, apprendono la lingua più velocemente e meglio rispetto agli uomini che invece tendono spesso a limitare le loro conoscenze tra i connazionali. Le donne mostrano cioè un atteggiamento di maggior apertura al contesto di accoglienza e si può pensare quindi che, con maggior facilità rispetto alla controparte maschile, riescano a formulare una richiesta d'aiuto quando ne abbiano bisogno.

La diagnosi più frequentemente formulata, nel caso di pazienti migranti, risulta essere quella dell'area delle Psicosi, seguita da quella dei disturbi d'ansia acuta o disadattamento, come del resto per i pazienti autoctoni. Importante sottolineare come giungano in reparto in stato di agitazione e con marcati disturbi del pensiero.

Dalla nostra osservazione emerge come nella maggioranza dei casi ci troviamo di fronte a persone che non hanno mai avuto in precedenza problemi di salute mentale. Questo ci fa riflettere su ciò che l'esperienza migratoria comporta. Secondo Beneduce, la migrazione può essere considerata un trauma in sé, come un'esperienza in grado di disorganizzare equilibri e compromessi realizzati spesso faticosamente nel corso degli anni e come un fattore che pone in

discontinuità. L'emigrazione rappresenta un'impresa dall'esito psicologico spesso incerto perché l'individuo cerca di conservare immutato il nucleo profondo della propria identità e del proprio universo simbolico pur vivendo all'interno di un contesto linguistico, culturale ed affettivo diverso, più o meno contraddittorio e conflittuale con quello originario.

Nel contesto culturale d'origine l'individuo rimane generalmente il regista dei propri progetti, della propria differenza riaffermata, mentre in un contesto dove tutto è differenza, l'affermazione della propria individualità può diventare un'impresa difficile e il tentativo di costruire nuovi legami può rivelarsi eccessivamente complicato anche quando la migrazione è stata programmata, voluta o comunque nata come progetto condiviso. Quando gli abituali meccanismi di conferma (lingua, codici estetici, valori morali...) vengono meno, "il nucleo profondo dell'identità può allora disorganizzarsi, diventare disarmonico scollandosi da quell'involucro esterno (*enveloppe psychique*)" di Anzieu, che altro non è che un'interfaccia che divide il mondo interno da quello esterno. Di conseguenza i meccanismi deputati alla distinzione tra mondo interno (psichico) e mondo esterno (quello degli oggetti) possono incepparsi e vengono meno sia la funzione di contenimento dei contenuti psichici che la funzione protettiva, contro le pulsioni interne e le aggressioni esterne, esplicate da l'*enveloppe psychique*. Il problema della migrazione non risiede solo nel fatto che essa comporta uno sradicamento dal proprio ambiente, ma piuttosto perché si tratta di un percorso tortuoso, un processo lungo, complesso, articolato che viene costruito dalle vicissitudini, conflitti, bisogni del migrante. Un dato significativo, rispetto alla popolazione psichiatrica autoctona, è rappresentato dall'accesso all'SPDC principalmente come primo contatto e proveniente dal Pronto Soccorso, come se non esistesse un contatto precedente alla prevenzione delle crisi acute psichiatriche (Medici di Medicina Generale, CPS...).

**Emerge in modo consistente la capacità da parte del migrante di affidarsi e accettare i metodi e le cure appartenenti alla medicina occidentale, questo dato permette un'ampia riflessione, da parte degli operatori sanitari, non tanto per rincorrere specifiche formazioni di carattere etnopsichiatrico ma piuttosto di orientarci verso l'aspetto relazionale intrinseco anche alla situazione di acuzia psichiatrica, dove un atteggiamento empatico ed accogliente permette di veicolare in modo più efficace le nostre conoscenze tecniche scientifiche. Considerare l'asse culturale, a prescindere da quale sia il Paese di provenienza.**

### **1.7 La continuità terapeutica**

Il fenomeno del drop out è sicuramente un apparato complesso che necessiterebbe di una più approfondita indagine, non solo quantitativa, al fine di acquisire una maggiore comprensione dei meccanismi determinanti e di conseguenza la capacità di elaborare strategie mirate a ridurlo. Spesso, infine, il percorso terapeutico dei migranti risulta ostacolato dalle difficoltà a decifrare i loro bisogni di salute a causa delle importanti differenze, non solo linguistiche, che distinguono individui (il medico e il paziente) provenienti da culture diverse. Non è raro, quindi, andare incontro a fraintendimenti ed errori diagnostici, con il risultato di rallentare il percorso terapeutico e di indebolire l'adesione alle cure da parte del paziente (Tarricone & Berardi, 2010). E' quindi necessario, oggi, che anche nel nostro paese possano essere migliorate le capacità di comprensione trans-culturale del disagio psichico, nonché la competenza culturale di medici, altri operatori e servizi socio sanitari.

L'analisi dell'accesso ai servizi è senz'altro un aspetto cruciale per comprendere se la risposta dei servizi è adeguata alla richiesta di cura fatta e per orientare cambiamenti organizzativi e protocolli operativi di integrazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, tra cure ospedaliere e territoriali.

Pare che i migranti di prima generazione, considerati in questo lavoro chiedano aiuto solo quando la situazione è di crisi psichiatrica conclamata, per poi, pare accontentarsi, di approcci reattivi alla situazione (terapia farmacologica), probabilmente per la mancanza di condizioni socio-culturali, da parte loro, ma anche per intrinseche rigidità di sistema socio-sanitario, piuttosto che tentativi di programmazione di percorsi di cura multidisciplinari.

La psicopatologia delle migrazioni è stata oggetto di numerosi studi (T. Nathan, R. Beneduce, P. Coppo, R. Menarini, , A. Sayad, M. Risso, E. De Martino ). Tuttavia non è stata stilata una vera e propria schematizzazione che permettesse all'operatore di avere una mappa da utilizzare per il suo agire clinico. **Il DSM IV-TR, prodotto degli anni 2000, annoverava ancora solo 25 Sindromi Culturalmente Caratterizzate.** La cultura psicopatologica degli altri era stata relegata ad un'appendice di una decina di pagine ed ad alcune paternalistiche raccomandazioni. In altri lavori, in cui sono stati considerati manuali indiani, cinesi, centro americani, articoli africani eccetera, le sindromi culturalmente caratterizzate salivano a cifre di centinaia. Questo è solo un esempio di come è difficile costruire classificazioni: **se si costruisce un riferimento chiuso questo non può che generare etnocentrismo, se si accettano criteri ampi non avremo più possibilità di classificare tutto quello che entra e si presenta.**

**La psicopatologia delle prime generazioni già ci permette di delimitare un'area, separandola dalla psicologia dei figli e nipoti dei migranti,** le cosiddette G2, non meno importanti, che hanno però caratteristiche psicologiche e problemi diversi da quelli dei padri e delle madri che hanno dovuto affrontare la vita tra due mondi.

## **2. ESEMPI di approcci clinici TRANSCULTURALI**

### **2.1 Paesaggi**

I valori ambientali e culturali creano una realtà comune, uno scambio reciproco che diviene Topos fondante per ogni essere umano, un territorio che in modo circolare partecipa alla dimensione psicologica di ogni persona. Tutti i luoghi esprimono, in misura e riconoscibilità diverse, un'identità, allora il concetto di paesaggio non può che ampliarsi da un'accezione estetica ristretta e alta, che identifica diversità eccezionali, alla designazione di ogni realtà territoriale, riconoscendone la specificità. Se non tutti i luoghi posseggono, evidentemente, le stesse qualità estetiche, tutti, almeno in linea di principio, esprimevano identità culturali locali. Paesaggi di diversa consistenza simbolica, identitaria ed estetica, ma tutti "teatro" di comunità degne di potere continuare a riconoscersi nella fisionomia, impressa lungo il tempo, nel proprio luogo (Bonesio L., 2006).

### **2.2 La Formulazione Culturale del Caso**

La formulazione del caso è un'elaborazione di una data diagnosi che facilita la comprensione della situazione del paziente. In questo modo si passa dalla descrizione generica, categoriale a una prospettiva individuale e personale della storia (APA, 2004). Una formulazione intesa a integrare le valutazioni diagnostiche standard con una descrizione narrativa della cornice culturale in cui si inseriscono l'identità, la malattia e il contesto sociale del paziente oltre che la relazione clinico-paziente. La formulazione culturale aggiunge diversi importanti fattori, fornisce al clinico una cornice per comprendere l'identità culturale del paziente, la spiegazione culturale della malattia, i fattori culturali dell'ambiente psicosociale e gli elementi culturali della relazione tra paziente e clinico.

L'identità culturale implica le caratteristiche condivise di un gruppo, la cultura di una persona. Dunque, l'identità consente una definizione di sé che comprende l'autostima, le particolari abilità e attitudini, il proprio ruolo nel lavoro e nella famiglia, il proprio posto nell'ordine sociale.

Le varie culture spiegano le predisposizioni sulla base del tipo somatico, del patrimonio genetico familiare e degli squilibri biochimici; interrogando i pazienti, cioè rendendoli partecipi

sui propri modelli esplicativi di malattia (Quaranta, 2006) e sulla propria concezione delle cause e delle radici dei loro sintomi clinici si schiudono orizzonti sul loro mondo culturale e sulle loro più intime paure, speranze, ansie ed emozioni. Di conseguenza, chiarire il significato della malattia a un paziente, con evidente rispetto per le sue nozioni, utilizzando un linguaggio condiviso, può facilitare la fiducia, la comunicazione e la condivisione delle strategie terapeutiche.

I clinici consapevoli dell'importanza dei fattori culturali possono, attraverso questa competenza, immergersi nel repertorio simbolico del paziente e aiutarlo a comprendere e a gestire i sintomi presentati.

Fondamentale risulta completare una valutazione psicologica/psichiatrica con un'analisi del sistema di sostegno del paziente (familiari e rete sociale) oppure sottolinearne la sua mancanza.

Gli elementi culturali della relazione tra paziente e clinico assumono un ruolo fondamentale, ad esempio il transfert è un modo stereotipato di relazionarsi con gli altri poiché le figure transferali sono soggette non soltanto all'attribuzione inconscia degli atteggiamenti e delle convinzioni derivanti dalle prime fasi di sviluppo ma anche alle attribuzioni e alle aspettative legate ai propri assunti culturali, alcuni consci altri inconsci. Se una persona proviene da una cultura in cui le relazioni sono gerarchiche, senza dubbio tratterà il clinico con deferenza in quanto autorevole. Un paziente in questa situazione può essere troppo condiscendente e può avere difficoltà a manifestare il proprio disaccordo con il terapeuta. Il terapeuta occidentale può tentare di promuovere l'autonomia, e questo può essere vissuto dal paziente come una presa di distanza o peggio come un rifiuto. Un clinico sensibile è capace di superare le difficoltà linguistiche, perché le parole sono fondamentali, ma non costituiscono l'unico mezzo di comunicazione.

### **2.3 Il Modello BioPsicoSociale nella pratica Clinica**

Il modello biopsicosociale enfatizza l'articolazione fra i tre tipi di trattamento farmacologico, psicoterapico e riabilitativo: in molti casi, la collaborazione pratica clinica fra i diversi terapeuti ha lo scopo fondamentale di evitare effetti contraddittori, confusivi e quindi iatrogeni. Si tratta di un lavoro d'équipe con diversi operatori per diverse competenze in coordinamento costante tra di loro, cooperando prestando particolare attenzione alla tempistica degli interventi. La competenza strategica configura perciò un'abilità non solo a lavorare in gruppo ma anche a elaborare con il paziente e per il paziente le strategie terapeutiche. Per strategie terapeutiche si intende l'allestimento di un disegno, un piano d'intervento terapeutico che si presenti come un progetto terapeutico consapevole delle resistenze e difese, conscie e inconscie che scaturiscono nel paziente. L'integrazione delle tecniche e dei contenuti riassume gli aspetti più specifici della visione strategica, che può essere definita strategia integrata multi contestuale (Fassino et al., 2010).

Nella configurazione teorica ci si riferisce al modello biopsicosociale (Engel 1980), multifattoriale (Benedetti 1968; Garner, Garfinkel 1982; Kendler 1993), di rete (Rovera 1976; Rovera et al. 1984), per cui nei principali disturbi psichiatrici all'intreccio eziopatogenetico di nodi causativi biologici, psicologici e socio familiari dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli in maniera non contraddittoria e non iatrogena interventi farmacologici, psicoterapeutici e socio riabilitativi. Il precursore di questo orientamento può essere considerato A. Meyer (1958): la sua prospettiva psicobiologia era tesa a integrare gli aspetti organici con quelli psicodinamici; al concetto di malattia mentale sostituì quello di reazione psicopatologica della personalità legata alla particolarità biologica, psicologica e sociale di ogni individuo. La necessità di integrare discipline diverse richiede una forte capacità sintetica e integrativa. Le due anime epistemologiche della psichiatria, la multidisciplinarietà come fato e la transdisciplinarietà come mito, sembrano infatti irriducibili (Rovera et al. 1984) (Fassino et al., 2010)



## 2.4 La narrazione come colloquio clinico

Affinché il racconto del disagio, dell'angoscia, della sofferenza abbia un senso è necessario che vi sia un ascoltatore; con lo stesso processo attraverso cui un libro si muta in narrazione, e cioè attraverso l'interazione con il lettore che lo trasforma e lo adatta alla propria visione del mondo, così l'operatore entra nel mondo del paziente per tentare di ricostruire *insieme un tratto di vita, rimodellare parti di sé, delle rappresentazioni della propria identità e del proprio contesto sociale*.

L'attitudine narrativa dell'operatore accompagna il paziente verso un'apertura empatica che avviene sia verso il mondo esterno che verso il suo proprio vissuto di sofferenza.

La forma del dialogo iniziale può essere la base per un approccio al paziente centrato sulle sue reali esigenze e sul suo proprio significato di una vita buona e meritevole di essere vissuta; *l'operatore sanitario può giocare un ruolo cruciale nel restaurare l'autonomia aiutando il malato a ricostruire un significato di fronte alla minaccia degli eventi*.

### 3. BIOETICA E PSICHIATRIA

Per comprendere l'importanza assunta in questi ultimi decenni dalla bioetica, basterebbe tener presente che nel 1995 il Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri aveva pubblicato, dopo un travagliato dibattito, un nuovo codice deontologico che andava a sostituire un codice che fondamentalmente basato sul giuramento d'Ippocrate, era rimasto immutato da decenni.

Al di là di un dato formale che è la sostituzione del termine “paziente” con quella di “cittadino” o in altri casi di “persona assistita”, c'è una ridefinizione del rapporto medico paziente in una prospettiva di rispetto reciproco e di fiducia in un'ottica paritaria”.

È una sorta di rivoluzione copernicana, perché pone il paziente al centro del processo della terapia con piena autonomia e dignità, in antitesi con il precedente atteggiamento paternalistico-autoritario da parte del medico. Un altro problema è costituito dal fatto che spesso l'antropologia di fondo non viene sufficientemente tematizzata e focalizzata.

Diventa così una specie di condizionante invisibile dell'approccio psichiatrico, sia teorico che applicativo. E tutto questo non è indifferente dal punto di vista etico.

Lo psichiatra può esercitare un influsso notevole sull'individuo, sulla sua auto-comprensione, sulla sua vita interiore, sul suo comportamento esteriore, e dunque anche sul suo rapporto con gli altri e sul suo inserimento nella società.

E tutto questo influsso dello psichiatra sull'individuo è profondamente influenzato a sua volta dalla comprensione antropologica dello psichiatra stesso.

Forse il maggior pericolo in tutto questo è che lo psichiatra non sia sufficientemente cosciente dell'influsso che la sua comprensione o pre-comprensione antropologica esercita sul suo esercizio professionale, influenzando così in modo cieco e acritico il suo paziente, il quale può pensare di essere soltanto sotto l'influsso di un approccio meramente scientifico e non di uno specifico e forse discutibile modello filosofico-antropologico. Potremmo parlare, allora, di un “condizionamento a doppio cieco”.

La bioetica, in quanto interessata all'orientamento etico dei comportamenti umani che incidono sulla vita, anche su quella psichica, deve continuare la sua opera di discernimento.

E forse uno dei maggiori servizi che può offrire alla coscienza etica di chi opera nel campo della psichiatria è appunto quello di aiutare a prendere coscienza, coscienza critica, del modello teorico e applicativo adottato o da adottare, delle sue radici filosofico-antropologiche e delle sue

possibili conseguenze. La deontologia cessa la sua funzione più che millenaria, per aprirsi ad una nuova disciplina che si situa al confine tra la filosofia, la morale, le discipline biologiche e psichiatriche, per determinare e definire il lecito e l'illecito che fino a poco tempo prima erano stati definiti dai limiti *naturali* che erano equivalenti di *immutabili*. Dal momento che la natura può essere ampiamente modificata dall'uomo, è necessario che l'uomo (inteso nella sua globalità di genere umano) si dia un codice etico molto più complesso e di più ampio respiro. Anche perchè le scelte di oggi, più che mai, coinvolgono le generazioni future. Si struttura così, da queste premesse la bioetica che seppur come neologismo nasce solo nel 1971, era già da tempo nell'aria.

### **3.1 Dalla deontologia alla bioetica**

Il giuramento di Ippocrate (pur con il dubbio di qualche manipolazione successiva, soprattutto a proposito della proibizione di metodi abortivi) non deve essere eccessivamente idealizzato. Senza dubbio costituisce la base per un corretto comportamento del medico, ma questa correttezza non è finalizzata solo al paziente, ma serve anche a proteggere la categoria medica, da maldicenze o critiche per eventuali comportamenti scorretti soprattutto da parte dei nuovi affiliati.

Nel giuramento sono esplicitate alcune norme alle quali il medico deve scrupolosamente attenersi: come il rispetto della vita, il segreto professionale, mantenere un comportamento adeguato anche al di fuori dall'esercizio della professione e soprattutto "esercitare la medicina in libertà ed indipendenza di giudizio e di comportamento". Questo punto segnala chiaramente quanto la categoria dei medici ritenesse la libertà e l'indipendenza, una peculiarità di questa professione. Libertà ed indipendenza che non solo stabiliscono che il medico non opera su commissione del paziente, ma soprattutto che non è tenuto a compiere azioni contrarie al proprio codice morale. Principio fondamentale che definisce il ruolo professionale non tanto come terapeutico (*terapeuo*= sono al servizio), ma soprattutto come medico (*mederi*=: rifletto, decido).

Ma in primo luogo, pone il medico in una posizione di autonomia, rispetto al potere politico o alla ideologia dominante.

Ed il venir meno a questo imperativo basilare è quanto è avvenuto nella prima metà di questo secolo: deroga determinante nel mettere in discussione il codice deontologico come unico strumento etico-decisionale per il medico.

Ma non solo per questo: perché il medico nell'ambito delle sue decisioni non può non tener conto di due altre novità. La prima è che spesso il rapporto tra medico e paziente non è più esclusivo e personalizzato se interviene il "terzo pagante" sia esso il S.S.N. o una assicurazione privata. Perché in questo caso il medico, bene o male, deve tener conto anche di questo "terzo pagante" che spesso può dettare leggi in contrasto con l'etica medica.

Il non poter assistere un paziente solo perché non coperto da una assicurazione, è un dato frequente e che non può non far riflettere.

Un secondo problema, riguarda le risorse sanitarie disponibili e quindi il rapporto costo-beneficio: senza entrare nel merito della validità, nel campo della sanità, di una ideologia aziendale, è pur vero che non esistono possibilità illimitate di fornire assistenza medica e quando c'è una impossibilità a poter far fronte a tutte le richieste di terapia può sorgere il conflitto se dare una priorità, e con quali criteri.

### **3.2 Dall'etica alla bioetica.**

Il termine bioetica compare nel 1971 ed è utilizzato dall'oncologo V.R. Potter per esprimere la necessità per lo scienziato e per il medico, posto di fronte a radicali mutamenti nel campo biomedico, a riconfrontarsi con la cultura, i valori morali, le scienze biologiche, in un'ottica di umanità e di concretezza. Nel tempo questo termine si è imposto, pur con valenze diverse. Ma quali sono gli strumenti epistemologici, descrittivi ed operativi che possono codificare ciò che si deve fare e ciò che si deve proibire? Si può rispondere: la legge come promulgazione di divieti e/o di diritti, concordati democraticamente in sede parlamentare. Ma in una società che diventa sempre più complessa per modelli religiosi, culturali e sistemi di valori diversi, il rischio è quello di creare una sorta di monolitismo etico magari camuffato.

Per evitare questo rischio sempre maggiore in una società con una informazione globalizzata ed omogeneizzata, si tende a far prevalere il principio della *responsabilità* e della *autodeterminazione*: ritorneremo su questi due concetti fondamentali, soprattutto per comprendere il rapporto con lo smisurato potere della tecnica che in molti casi ha eliminato uno dei fondamenti dell'etica, il senso di colpa (K. Jaspers).

### 3.3 Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici

La tutela del diritto alla salute il quale in Italia assurge a diritto costituzionale e che deve essere inteso comprensivo della salute mentale-, implica, dal punto di vista bioetico, una preliminare riflessione sulla definizione stessa di equo trattamento e accesso alle cure alla luce dei principi della dignità dell'uomo. Tuttavia, definire (o ridefinire) i criteri per un equo trattamento dei pazienti psichiatrici richiede, a sua volta, il riferimento ad un approccio complesso che sappia contemperare il rispetto dei diritti del paziente con la sicurezza della società. Mentre il riferimento a tali diritti pone la questione su di un piano strettamente normativo, la comprensione del contesto da cui questi traggono origine può giovare di principi etici fondamentali e di ampio respiro quali il ***principio di giustizia*** (inteso come obbligo per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di tener conto delle conseguenze sociali su terzi di ogni intervento sanitario e di conciliare il bene del singolo con il bene collettivo evitando ogni squilibrio e rispettando l'equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi), il ***principio di beneficenza*** (inteso come dovere per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di promuovere il bene del malato, tutelandone la vita e la salute anche nell'ambito della prevenzione), il ***principio di autonomia*** (inteso come dovere per il medico, per lo psicologo clinico e per gli altri operatori qualificati, di rispettare la libera e responsabile volontà del malato, il quale è detentore del diritto all'informazione diagnostico-terapeutica e all'espressione del consenso sino alla potestà del rifiuto). Va osservata, in linea generale, una radicale modificazione del paradigma culturale del rapporto medico-paziente. Si vanno sostituendo e affiancando al modello tradizionale basato esclusivamente sul principio di beneficenza, quello basato prevalentemente sul principio di autonomia, rivendicando così il primato dell'autodeterminazione della persona in caso di malattia e di una alleanza terapeutica che comprende, oltre alle cure, anche il prendersi cura del malato. Non può essere sottovalutata, tuttavia, la natura asimmetrica del contratto e il carattere solo giuridico ed etico della parità dei contraenti in riferimento ai diritti personali, ferma restando comunque un'incoltabile disparità di competenze conoscitive. Se è innegabile infatti che una subordinazione oggettivante del malato è eticamente inaccettabile in quanto lesiva della dignità umana, ciò non legittima un rovesciamento della relazione, sotto pena non solo di una discutibile sottovalutazione del patrimonio scientifico-professionale ma anche del nocimento

all'interesse oggettivo prioritario della tutela della vita e della salute. Il principio delle garanzie è quindi un essenziale punto di riferimento dell'etica medica contemporanea.

### **3.4 La tutela della soggettività del malato**

Assume, quindi, nel quadro dell'etica medica contemporanea, un valore paradigmatico in quanto è condizione indispensabile per la costruzione e lo sviluppo della libertà, la quale va intesa essenzialmente come processo di liberazione che ha origine da un'esigenza etica fondamentale della persona. La tutela della soggettività del malato mentale ha pertanto una connotazione etica in quanto è educazione al sentirsi e al voler essere liberi e quindi promozione della libertà autentica.

Un concetto di libertà così inteso risulta strettamente connesso al principio di autonomia, che è riferito al rispetto assoluto della persona. Ma ad evitare equivoci pericolosi va precisato che la tutela della soggettività del malato non consiste nel credere che egli sia libero (contro l'evidenza dei condizionamenti patologici di natura cognitiva e o affettiva) bensì nell'aiutarlo a divenire libero.

Essa è finalizzata al ripristino della comunicazione, compromessa o interrotta dal disturbo mentale, e rende pertanto possibile l'ascolto. Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, infatti, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un elevato valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come altro da me ma come un altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di auto limitazione che lo psichiatra, lo psicologo clinico e gli altri operatori qualificati, compiono espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro.

Per quanto concerne, infine, la complessa questione dei limiti intrinseci al consenso informato dei pazienti psichiatrici è necessario in primo luogo chiarire la natura graduale e mutevole della capacità/incapacità di intendere e volere. Anche nel caso della schizofrenia va tenuto presente che il percorso è estremamente vario e differenziato: tra i due estremi della cronicizzazione con grave deterioramento cognitivo e rilevante disabilità da una parte, e l'acquisizione di un accettabile condizione di salute dall'altra, vi è una vasta gamma di sfumature ove si alternano fasi di aggravamento e fasi di remissione, o un grado accettabile di stabilizzazione ben controllata.

Tutto ciò comporta una radicale critica di due orientamenti estremi: l'uno volto ad escludere sempre e comunque la capacità del malato mentale a recepire correttamente l'informazione e ad esprimere un valido consenso; l'altro connotato dall'ingenuo ottimismo in senso opposto. In realtà va innanzitutto osservato che tra l'assoluta incapacità di intendere e di volere, propria della demenza, e la "normalità" vi sono una serie di gradi intermedi, dove deficit cognitivi e alterazioni affettive possono determinarne diminuzioni ma non l'assenza. Ciò non legittima comunque la rinuncia all'informazione ma comporta il criterio etico (ma anche clinico) della cautela nel vagliare caso per caso se, come, quando, fornire l'informazione e, soprattutto, una scelta puntuale delle modalità e della misura adatta al singolo paziente in riferimento alla sua situazione e al suo contesto bio-psico-sociale ed esistenziale. A questo proposito ai fini di una conciliazione tra principio di beneficiabilità e principio di autonomia, evitando deragliamenti ed ingenuità, è fondamentale il criterio per cui «informare è prima di tutto comunicare all'interno della relazione».

Tali criteri e orientamenti etici devono essere considerati, nella misura in cui è possibile trovare corrispondenze tra il piano etico e quello più strettamente normativo, alla luce di alcuni diritti umani fondamentali. Va sottolineato, infatti, che alle persone affette da disturbo/disagio mentale/affettivo devono essere assicurati i diritti di tutti gli altri membri della comunità, anche indipendentemente dalla concreta possibilità di esercitarli.

La particolare vulnerabilità di tali soggetti richiede infatti che sia rafforzato per essi il riconoscimento di una piena cittadinanza il quale deve essere concretamente difeso e promosso in primo luogo attraverso il rispetto di alcuni diritti e/o l'adempimento di alcuni doveri fondamentali, quali ad esempio:

- diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale;
- diritto a che venga eliminata ogni forma di discriminazione (sessuale, culturale, religiosa, politica, economica, sociale, etnica) nelle modalità di trattamento, anche quando limitative della libertà;
- diritto a non subire nessuna forma di abuso fisico e/o psichico;
- diritto alla riservatezza;
- diritto alla protezione delle proprietà personali;
- dovere di tutela dalle conseguenze di forme di autodistruttività

- (autoaccuse, dichiarazioni di indegnità, etc.) nei confronti della famiglia, dei datori di lavoro, dell'autorità giudiziaria;
- dovere di realizzare condizioni ottimali di degenza e di comunicazione con l'esterno nei luoghi di ricovero;
- dovere di difendere la genitorialità, da attuarsi nel pieno rispetto del preminente interesse dei minori. A tal fine è necessario un bilanciamento tra il dovere di beneficenza nei confronti dei pazienti e l'interesse del minore ad una crescita sana ed equilibrata.

Per quanto concerne invece più specificatamente la questione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici in Italia, è opportuna una considerazione di carattere generale sulla legge n. 180 del 1978, poi trasferita negli art.33, 34 e 35 del SSN. La legge n. 180 rappresenta certamente una conquista scientifica, culturale e civile, in quanto ponendo fine all'istituzione manicomiale e aprendo nuove strade all'organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria senza manicomi, ha costruito le condizioni per restituire piena cittadinanza ai pazienti psichiatrici. Il modello italiano, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha influenzato le politiche di salute mentale in molti altri paesi, tese a sostituire i manicomi con forme di assistenza territoriali più efficaci ed efficienti.

Tuttavia, a distanza di oltre venti anni dalla sua entrata in vigore, è quanto mai necessaria una seria riflessione sulla sua concreta applicazione, al di là del pur importante completamento della chiusura degli Ospedali Psichiatrici. Tale chiusura, infatti, a causa dell'assenza o del cattivo funzionamento delle strutture alternative, come per es. i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali (quali strutture intermedie tra territorio e ospedali), rischia di produrre nuovi problemi, in primo luogo sulla salute del singolo, ma anche sull'equilibrio, sull'economia e sulla stessa salute della famiglia, a cui rimane il maggior onere, spesso insopportabile, di sostegno del congiunto sofferente. Infatti nei casi in cui i servizi non sono in grado di fornire programmi terapeutico-riabilitativi territoriali realmente efficaci, con un profondo impegno verso il paziente, le famiglie restano i referenti principali dell'assistenza, e ciò dà luogo spesso all'abbandono o anche all'innescare di reazioni violente, che sono talvolta all'origine di gravi fatti di cronaca. Simili fenomeni riattivano mai sopiti pregiudizi sulla malattia mentale e stigmatizzazioni del paziente psichiatrico, che si prestano a facili strumentalizzazioni, tese a far crescere nell'opinione pubblica e nel mondo politico il disagio per la "pericolosità sociale" del malato di mente e la conseguente richiesta di un suo maggiore controllo, che ancora una volta



potrebbe essere attuato in modo coercitivo, e quindi non terapeutico e rispettoso dei suoi diritti. Da un simile quadro emergono alcune questioni di fondamentale importanza che chiamano in causa direttamente la responsabilità delle istituzioni nell'applicazione della legge n. 180.

Tali aspetti riguardano in particolare:

- la migliore formazione degli operatori psicosociali e dei medici di base;
- la creazione di strutture riabilitative a diversi livelli di protezione;
- una maggiore attenzione per l'assistenza psichiatrica dei minori, in particolare per il disagio mentale che si evidenzia in adolescenza;
- la creazione di strutture riabilitative per i minori;
- un maggiore intervento nella prevenzione e nella diagnosi precoce;
- la presa in carico di malati gravi che rifiutano sia le cure mediche che quelle psichiatriche e sono a rischio di comportamento violento;
- l'informazione e discussione pubblica per la lotta al pregiudizio verso il malato mentale.

A tal proposito si raccomanda l'applicazione del Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998- 2000. Si tratta infatti di un provvedimento che se realmente applicato può contribuire a risolvere molti dei problemi dell'assistenza psichiatrica ed aumenta il livello di efficacia e qualità dei servizi, fornendo un contributo decisivo per lo sviluppo di quel "laboratorio italiano" che nel campo della salute mentale ha destato, in molti paesi, vasto apprezzamento e interesse.

Più in particolare, il Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000 ha il merito di avere affrontato in modo corretto la questione della prevenzione nei gruppi a rischio sia riguardo alla malattia mentale che ai suoi possibili esiti suicidari, sia all'educazione alla salute mentale, sia all'intervento precoce. Per quanto concerne in particolare la salute mentale del bambino, merito del Progetto obiettivo è quello di avere riconosciuto la continuità evolutiva dell'individuo dall'infanzia all'età adulta, pur essendo carente di una previsione esplicita di interventi per pazienti adolescenti. Va inoltre osservato che è assente una chiara distinzione tra le aree della psichiatria, della psicologia, della neuropsicologia e della riabilitazione soprattutto in riferimento alla differenza di obiettivi, metodi e organizzazione degli interventi, con ricadute negative nell'assistenza anche in ambito psichiatrico. Si sottolinea infine positivamente la delineazione di un *patto per la salute* volto a coordinare ed integrare le agenzie formali ed informali che, a vario

titolo, possono contribuire a costruire un progetto di salute mentale di comunità. Il Progetto obiettivo prevede inoltre che l'Istituto Superiore di Sanità promuova ricerche volte a valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria. Esso prevede infine che gli Istituti Universitari di psichiatria assumano la responsabilità operativa di almeno un modulo di Dipartimento di Salute Mentale, cioè la responsabilità di tutte le strutture territoriali e ospedaliere necessarie ai servizi di salute mentale di una comunità di circa 150.000 abitanti. Tale disposizione è l'unica che garantisca una formazione qualificata degli operatori in psichiatria e che possa collegare la ricerca attivata nel campo osservazionale fornito dal territorio alle prove dell'efficacia pratica degli interventi.

Tale acquisizioni, per la loro oggettiva importanza, sono destinate nei prossimi anni a cambiare il volto dell'assistenza psichiatrica.

In questa prospettiva, il CNB formula le seguenti raccomandazioni di carattere più specifico:

- destinare e utilizzare da parte delle istituzioni nazionali e regionali, anche tenendo conto dell'importanza che l'O.M.S. attribuisce alla salute mentale, i Fondi sanitari nazionali e regionali necessari ad istituire almeno tutti i servizi previsti dal Progetto obiettivo;
- dare maggior diffusione a informazioni semplici e corrette sulle malattie mentali anche nelle scuole ed evitare il rischio di interpretazioni riduzionistiche della malattia mentale. Più in generale, si raccomandano l'equilibrio e la comprensione della complessità bio-psicologico-sociale della malattia mentale;
- promuovere una campagna nazionale periodica di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle persone affette da disturbi e disagi psichici al fine di rendere effettivo il rispetto dell'uguaglianza, del diritto all'informazione e la lotta alla discriminazione;
- riesaminare il concetto di "incapacità" collocandolo nel continuum compreso tra gli estremi della normalità e della perdita totale di ogni abilità cognitiva. Anche sotto il profilo giuridico infatti va osservato che la maggior parte dei disturbi psichiatrici riducono ma non aboliscono la capacità di intendere e di volere. Si raccomanda di conseguenza la revisione degli istituti civilistici dell'interdizione e dell'inabilitazione per realizzare forme di tutela più flessibili rispetto alle attuali, che tengano conto delle nuove esigenze di protezione del sofferente psichico e ne evitino la stigmatizzazione. In particolare si sottolinea l'opportunità, alla luce dell'esperienza degli altri paesi europei, di introdurre anche nell'ordinamento italiano l'istituzione della figura dell'amministratore di sostegno;

- concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati. Occorre tuttavia valutare in ogni singolo caso che le alternative nate dall'esigenza di far fronte all'emergenza non conservino di fatto caratteristiche ancora manicomiali. Va inoltre sottolineato come la presenza, attualmente, di 9 manicomi privati che contengono circa duemila internati non abbia, ad oltre venti anni di distanza dall'avvio della de-manicomializzazione a seguito della 180, alcuna giustificazione sotto il profilo etico e clinico;
- assicurare alla famiglia un supporto sufficiente ad assumere, in collaborazione con l'equipe curante, se indicato, un ruolo attivo nel programma terapeutico/riabilitativo del congiunto, in un percorso di autonomizzazione dello stesso. Garantire una organizzazione di riferimento, anche notturno e festivo, per le emergenze.
- svolgere un'attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale/affettivo a cominciare dagli aspetti biologici e affettivo relazionali partendo dal periodo perinatale e per tutto il ciclo di vita, assicurando le migliori condizioni educative, lavorative, di sicurezza sociale, di assistenza sanitaria; formulare una diagnosi precoce e presa in carico dei giovani dai primi sintomi significativi; attivare qualificati programmi nelle scuole in collaborazione con le famiglie che, senza suscitare ingiustificati allarmi e rischi di "psichiatriizzazione", aiutino a riconoscere e a prevenire il disagio e il disturbo mentale. Le patologie psichiatriche dell'adulto, infatti, hanno quasi sempre le loro radici nell'età evolutiva ed i problemi psichiatrici in età adulta saranno più o meno rilevanti in rapporto alla qualità delle cure fruite in quella fase della vita. Simili iniziative sono quindi indispensabili alla concreta realizzazione del diritto alla salute (che si attua anche grazie alla prevenzione), all'accesso alle cure, e a sostenere e promuovere la solidarietà verso i soggetti a rischio;
- garantire una particolare attenzione ai segnali diretti e indiretti del disagio mentale dei soggetti in età evolutiva, al fine di rilevare il disagio sommerso; dare garanzia di diversi livelli di assistenza delle situazioni acute e la riabilitazione per i quadri consolidati. Per l'età evolutiva, favorire le attività assistenziali di day hospital e di ambulatorio, limitando il ricorso alla degenza. Tuttavia è necessario garantire un numero adeguato di posti letto per l'emergenza-urgenza psichiatrica e per le acuzie che richiedono assistenza continua e osservazione prolungata, in strutture, diverse dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, idonee alle necessità assistenziali e di protezione, ma anche ai bisogni e ai diritti specifici di questa fascia di età;

- garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili anche quando il trattamento non viene accettato dai diretti interessati. Si richiamano in tal senso i principi generali di tutela della dignità del malato mentale, il parametro rischi/benefici come regola generale dei trattamenti evitando gli estremi dall'accanimento terapeutico e dell'abbandono;
- definire i parametri nazionali di accreditamento per le strutture per la salute mentale. Il controllo della qualità dei servizi è infatti esso stesso un criterio di garanzia di un equo trattamento e di congrua allocazione delle risorse destinate alla salute. Le 65 case di cura neuropsichiatriche (con 7149 posti letto autorizzati di cui 6144 accreditati o convenzionati, cioè finanziati dalle Regioni) devono essere indirizzate a evitare che si produca una cronicizzazione dei malati e a riconvertirsi, per quanto possibile, in strutture riabilitative residenziali e aperte, che abbiano un rapporto operativo possibilmente con uno o due dipartimenti di salute mentale;
- impegnare e sostenere i “medici di famiglia” in considerazione dal fatto che molti pazienti si rivolgono ad essi per problemi più o meno rilevanti di salute mentale. Il medico di medicina generale deve essere posto in grado di riconoscere la condizione di sofferenza mentale, di saperne valutare natura e gravità, e di potersi rivolgere ai servizi psichiatrici sia per consulenze, sia per individuare precocemente le situazioni più serie che richiedono interventi specialistici;
- assicurare la formazione dei medici, dei pediatri di base, degli operatori psicosociali, degli infermieri professionali, degli assistenti sociali, degli educatori professionali e volontari.

A tal fine è necessario accrescere le conoscenze bioetiche di tutti gli operatori e definire alcuni obiettivi minimi affinché una formazione possa dirsi efficace ed eticamente fondata, tra cui: ai bisogni di salute degli utenti deve essere garantita maggiore attenzione che non alle esigenze degli operatori; deve essere mantenuta un'apertura all'integrazione delle competenze e dei contributi delle diverse figure professionali; devono essere forniti strumenti adeguati alla gestione, da parte degli operatori, delle diverse dimensioni dell'individuo, della famiglia, del gruppo e della comunità, nonché alla promozione della salute mentale nella comunità quali l'elaborazione e realizzazione di specifici programmi di salute mentale; particolare attenzione, inoltre, deve essere dedicata alla ricerca e alla formazione sui problemi bioetici della tutela della salute mentale.

- riconoscere il diritto alla sessualità dei pazienti psichiatrici pur nell'opportunità di studiare modalità di intervento per l'informazione e la responsabilizzazione nei confronti della loro vita sessuale;
- rivedere il sistema dei ticket sui farmaci per garantire che i farmaci di nuova generazione (come gli antipsicotici atipici) che hanno provata efficacia e minori effetti secondari, siano accessibili a tutti;
- rivedere la natura e i compiti delle istituzioni "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" e delle leggi relative e promuovere un intervento del Ministero della Giustizia affinché attivi una convenzione con strutture specifiche per i minori autori di reato e affetti da patologie psichiatriche. Più in particolare, va sottolineato che gli attuali Ospedali psichiatrici giudiziari sono sia dal punto di vista istituzionale che sanitario in netta contraddizione con la legge n.180 e con un moderno modo di concepire l'intervento in salute mentale;
- prevenire, attraverso strutture e interventi adeguati, il rischio che i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino la prassi manicomiale con la conseguenza di favorire la cronicizzazione e non il recupero della malattia. Più in particolare, la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità del paziente;
- provvedere a che i Dipartimenti di salute mentale, come stabilito dal recente DGL. 239/99, svolgano il servizio di assistenza sanitaria in carcere. La tutela dell'integrità psico-fisica del detenuto è infatti un elementare dovere di giustizia e, inoltre, condizione indispensabile ad ogni possibile riabilitazione. Le carceri dovranno essere luoghi in cui la vita quotidiana non divenga essa stessa causa di disagio e disturbo mentale e che rendano possibile fornire aiuto psichiatrico. Va osservato inoltre che le alternative al carcere, incluso l'affidamento al Dipartimento di salute mentale, si sono rivelate, nei paesi che le hanno adottate quali ad esempio la Svezia, molto efficaci quali misure sostitutive alla detenzione.

Le leggi della Repubblica, dalla Costituzione fino ai progetti obiettivo "Tutela della salute mentale" affermano che lo Stato garantisce l'esercizio del "diritto alla salute", e quindi del ***diritto alla salute mentale***. Ma, l'esperienza della riforma ed ancor prima quella della legge istitutiva dei manicomi evidenziano come le leggi di per sé non siano capaci di produrre efficacia nel campo della salute mentale. E questo perché l'esercizio del diritto alla salute mentale dipende fortemente dalle culture e dagli assetti delle relazioni sociali nelle realtà locali, dal livello della formazione professionale e delle competenze espresse dai singoli operatori e dai

gruppi di operatori, dagli indirizzi degli amministratori locali e dei manager. Come è apparso dalla trattazione precedente emerge che la gran parte dei problemi inerenti alla salute mentale è gestita faticosamente dalle persone che ne soffrono, da sole, in famiglia, con i pari, con i medici di medicina generale, nel circuito dei medici e degli psicologi privati e nelle dimensioni della religiosità popolare dove la ricerca della salvezza è anche speranza di riconquistare la salute. Al servizio sanitario pubblico si rivolgono le *situazioni* definite *gravi*, quelle più drammatiche, dal punto di vista della sofferenza individuale e familiare, più allarmanti dal punto di vista sociale e a maggior rischio di isolamento ed emarginazione. Spesso succede che i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) non si facciano adeguatamente carico, nella loro complessità e per la loro durata, delle situazioni che abbiamo definito “gravi” finendo coll’abbandonarle o alle famiglie o a un circuito assistenziale povero di risorse quando non francamente neomanicomiale. E’ stato proprio per rispondere a tali questioni che, anche in Italia, si è pensato che un’organizzazione dei servizi che si rifà alla *Psichiatria di Comunità* fosse, rispetto al manicomio, più efficace e rispettosa della dignità della persona. La Psichiatria di Comunità comporta l’opera di un’équipe multiprofessionale insediata in un determinato territorio, in condizione di intervenire nelle 24 ore al domicilio, in ambulatorio, in Ospedale, in residenze a vario grado di protezione, orientata alla riabilitazione, collegata con i Comuni e gli altri servizi sanitari, in stretta interazione con le associazioni degli utenti e delle famiglie, capace di accedere alle opportunità disponibili di Formazione Professionale, lavoro, cultura, assistenza, tempo libero.

I trattamenti intervengono sui livelli biologico, psicologico, sociale, pedagogico, culturale.

Per ovviare alle condizioni di abbandono delle situazioni gravi e in generale sul tema dell’assistenza psichiatrica e alla sua cronica carenza di risorse umane, strutturali e finanziarie, è indispensabile un intervento forte da parte delle Regioni per un rinnovato impegno sul punto cruciale del disagio, dando un segnale positivo alle famiglie e all’opinione pubblica.

Dato per acquisito, ma non per scontato, che tutte le Aziende Sanitarie abbiano reso disponibili le risorse per sostenere le attività delle équipes multiprofessionali dei Dipartimenti di Salute Mentale e che gli stessi dispongano degli spazi e degli strumenti necessari al loro lavoro, la condizione più importante perché quelle che abbiamo definito le situazioni gravi trovino una gestione rispettosa dei diritti e della dignità della persona e delle famiglie è costituita dal fatto che i dirigenti e gli operatori assumano la *responsabilità della presa in carico*. Questo perché l’assistenza psichiatrica si misura quotidianamente con alti livelli di sofferenza delle persone e delle famiglie, la forte stigmatizzazione sociale delle stesse, i problemi della tutela, della libertà di

scelta e del consenso ai trattamenti fino al limite della coazione, con l'esigenza di continuità della "presa in carico" di lunga durata nei progetti di riabilitazione psico-sociale, con la singolarità e la molteplicità delle concezioni del mondo delle persone, dei gruppi e delle culture. In ragione di tali peculiari caratteristiche e dell'obiettivo di assicurare alla persona malata di mente i trattamenti ottimali disponibili, Aziende Sanitarie, Organizzazioni Professionali e Società Scientifiche devono garantire la continuità della formazione, la verifica della qualità delle prestazioni di tutti gli operatori e la valutazione degli esiti dei trattamenti a livello dei Dipartimenti di Salute Mentale e della Medicina di Distretto. Ci si riferisce quindi non solo a Medici e Psicologi, ma anche a Infermieri Professionali, Educatori Professionali, Assistenti Sociali, Operatori socio-sanitari e socio-assistenziali. Nuovi obiettivi da perseguire da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie sono poi quelli dell'informazione e della formazione rivolte agli utenti ed alle famiglie, a sostegno dell'auto-aiuto e di un associazionismo ed un volontariato sempre più autorevoli e competenti.

In questo contesto di ragioni, i termini *federalismo*, *regionalismo* e *localismo* significano l'assunzione di responsabilità piena da parte degli amministratori e dei manager delle Aziende Sanitarie rispetto alle garanzie da dare per le attività di salute mentale in tutte, nessuna esclusa, le comunità locali.

#### 4. **BIOETICA e MALATTIA MENTALE**

Il dibattito bioetico è orientato a giustificare (o a delegittimare) razionalmente ed eticamente scelte, pratiche, tecniche che hanno per oggetto la vita, umana e anche animale. E tuttavia la giustificazione spesso è ostaggio del "valore" (non negoziabile) e ad esso sacrifica la mediazione e il dialogo. Difatti, la bioetica, intesa anzitutto come etica medica, è spesso attraversata, come un campo di battaglia, da contese aspre su gran parte degli argomenti suscettibili di dibattito. Quest'ultimo raramente conduce a conclusioni condivise, giacché – per usare l'espressione di W.B. Gallie - l'essenziale contestabilità delle posizioni è direttamente proporzionale alla non negoziabilità dei valori che si fronteggiano: la giustificazione non è funzionale al dialogo e alla mediazione, bensì al consolidamento delle assunzioni valoriali. La funzione ancillare della giustificazione, il diventare quest'ultima una risorsa strategica, trasforma le parole da "ponte" in "arma" o "scudo". Più che risposte mediate e ponderate, la bioetica, dimentica del suo essere etica applicata e quindi rivolta a casi specifici e particolari, sembra prendere forma come un sistema di coerentizzazione e consolidamento di pregiudizi valoriali. Dall'inizio della vita alla sua fine, dallo status dell'embrione umano al testamento biologico, dalla ricerca sul genoma umano alle differenze tra vita biologica e vita personale, pare dunque che la bioetica abbia vita e interesse "solo" quando alle sollecitazioni create dal progresso tecnico-scientifico e mosse dal pluralismo contemporaneo (dei valori, delle scelte) si danno risposte che cercano di esorcizzare la scienza e de-complessificare il pluralismo con rinnovate saturazioni valoriali e sostanzialistiche, le quali spesso finiscono per riprodurre forme più o meno sofisticate di naturalismo; sull'altra trincea è invece frequente la tentazione reattiva di ignorare la centralità costituzionale odierna della persona e la connessione irreversibile tra dignità e diritti, connessione esistente e fondamentale anche a dispetto dell'uso e dell'abuso inflazionistico della nozione di dignità. Il rischio costante che riguarda i discorsi bioetici sta appunto nella loro trasformazione in discorsi non dialoganti, vettori polemicici, fattori di identificazione politica su materia prepolitica: i discorsi sulla vita sono discorsi di potere, biopolitica, tanto più se ad essi è propria la continua sollecitazione dei limiti del diritto e la domanda di certezze giuridiche ad ogni costo.

L'altro verso della medaglia è rappresentato non dagli strepiti, ma dai silenzi della bioetica: è particolarmente significativo, a mio avviso, che nel dibattito bioetico odierno la questione della malattia mentale passa in genere sotto silenzio, con alcune meritorie eccezioni, spesso



rappresentate da interventi di specialisti psichiatri: non casualmente, giacché la psichiatria pone problemi di etica applicata del tutto peculiari e non facili da risolvere, dalle difficoltà del consenso informato del paziente psichiatrico ai limiti e ai benefici dell'utilizzo degli psicofarmaci, dall'uso della coercizione come discutibile strumento terapeutico agli obiettivi stessi della terapia, soprattutto nei casi più gravi. Ciò nonostante, in molti dei più riconosciuti manuali di bioetica esistenti in Italia non è presente alcuna menzione del problema della malattia mentale e delle implicazioni bioetiche derivanti. Uguale, o anche maggiore indifferenza al tema sembra esserci anche presso l'opinione pubblica, come dimostra la scarsa attenzione alle disposizioni normative sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (oppure verso le recenti proposte di legge in netta controtendenza rispetto alle conquiste della legge 180 - la chiusura delle istituzioni manicomiali e la nascita dei servizi psichiatrici territoriali - e alla stessa chiusura degli OPG).

Quali sono le ragioni di una sottovalutazione così ampia, soprattutto se confrontata con la diffusione della malattia mentale? A mio avviso, non è solo lo scarso *appeal* della materia, specialistica e al tempo stesso suscettibile di indebite semplificazioni; oppure l'essere la scienza psichiatrica una disciplina medica *complessa, indisciplinata*, e perciò non interamente medica; non è solo il fatto che, sul tema, con maggiore difficoltà possono essere inalberate bandiere politiche distraenti o legittimanti, o create polarizzazioni ideologiche funzionali all'offerta politica (si pensi alla cronaca costituzionale del caso Eluana Englaro).

E infine, non è solo la ovvia (ma non per questo più accettabile) considerazione che la sensibilità sociale verso i deboli è minore allorché la percezione della crisi trincerata ciascuno in una ridotta volta a conservare o sperare di conservare i propri livelli di vita.

Con l'effetto di creare – nel quadro attuale di crisi delle prestazioni dello Stato sociale, che rimane tuttora un presidio essenziale per le politiche di trattamento e cura della malattia psichiatrica - un individualismo reattivo e impaurito, che rifiutando ogni idea di solidarietà, condanna tutti e ciascuno ad una debolezza solitaria.

Una ragione fondamentale di questo velo sta proprio nel disagio creato dal disagio mentale, ossia in quella che Franco Basaglia chiamava la linea di continuità tra normalità e follia. Proprio nell'opera di Basaglia, psichiatra al quale si deve un costante impegno culturale e professionale per rielaborare il discorso sulla malattia mentale, è possibile rintracciare antidoti al paralizzante disagio (sociale, culturale) provocato dalla malattia mentale e, sulla base di questi, tentare di individuare alcuni punti essenziali irrinunciabili di un possibile discorso sulla bioetica

psichiatrica: il primo di questi è il recupero o almeno la salvaguardia della soggettività del malato mentale. Questo fu il segnavia dell'opera di Basaglia che, io credo, merita ancora di considerare in un approccio di tipo bioetico al problema della malattia mentale. Come detto prima, il discorso sulla bioetica psichiatrica è reso più difficile da secolari pregiudizi e false credenze: che i malati psichiatrici siano (sempre) pericolosi, incomprensibili, inguaribili, improduttivi, irresponsabili.

La filosofa americana Martha Nussbaum ha avuto il merito di illuminare il cono d'ombra (culturale, giuridico, politico) prodotto dallo stigma proiettato verso le fasce sociali più deboli, verso i disabili, o verso i comportamenti sessuali non ortodossi; questo cono d'ombra è però creato essenzialmente dalla non sostenibilità della consapevolezza della propria fragilità e vulnerabilità, prodotta dall'incontro con il disturbante e dal disgusto proiettivo che – per fortuna non necessariamente – ne deriva. L'alterità, giudicata così assolutamente tale e non assimilabile, rimanda un'immagine insopportabile della fragilità della cosiddetta normalità. L'insostenibilità di quello che Freud definiva *Unheimliche* diventa rimozione, e la rimozione diventa indifferenza o, nei casi peggiori, dis-umanizzazione. Non c'è dubbio che la rottura di questo specchio deformante (e produttore mostri) può partire solo da una continua opera di sollecitazione culturale e politica, direi anche pedagogica, verso il riconoscimento della pari dignità di tutti gli esseri umani, quali che siano le preferenze, gli orientamenti o le condizioni fisiche e psichiche.

Ovviamente ciò non basta, perché è necessario che alla sensibilizzazione seguano politiche concrete di rispetto e di cura: secondo Richard Sennett, solo il rispetto può salvaguardare la dignità in un mondo sempre più ineguale. Su questo piano, la lezione di Basaglia, il suo profondo umanismo, l'opera incessante di umanizzazione del malato mentale, possono dirsi oggi più che mai attuali. Basaglia fu fortemente influenzato da due delle correnti più rilevanti della filosofia del 900: la fenomenologia e l'esistenzialismo. Nel programma infinito di lavoro formulato da Edmund Husserl nella *Crisi delle scienze europee* si può leggere che un interesse teoretico unitario deve essere orientato esclusivamente sull'universo della soggettività. Ad essa la fenomenologia deve rivolgersi con una tensione conoscitiva che fatica a celare un profondo motivo etico e umanistico, radicalmente opposto ad ogni profezia (come quella foucaultiana) sulla morte dell'uomo. Non si tratta quindi della soggettività del neostoicismo, ripiegata su stessa, ma della soggettività che si produce nel legame sociale, nell'agire umano, nell'operare e nel patire degli uomini (le parole sono di Husserl). Quando Basaglia, sulla base degli scritti di

Husserl e Binswanger, parla del corpo oggetto e soggetto, quando scrive della difficile costituzione della persona nelle sue relazioni con il sé e con gli altri, quando tenta di ridare storia e identità al malato mentale, sottraendolo dalle classificazioni oggettivanti, non fa che preparare la strada, per parte sua e riguardo alle sue competenze scientifiche, a quel poderoso, progressivo, ma non scontato processo – come Stefano Rodotà lo ha definito in molti scritti – di costituzionalizzazione della persona.

Con Basaglia la psichiatria “scopre la libertà” e, potremmo dire, scopre anche i “diritti” del malato mentale. La lotta anti-istituzionale di Basaglia era essenzialmente una lotta contro “cattive istituzioni”, non l’“avversione all’istituzione in quanto tale.

Basaglia certamente non avrebbe condiviso l’istituzionalismo come necessario complemento dell’essere umano “necessariamente manchevole” (Gehlen), e di fatto non condivise neppure l’idea, tipicamente foucaultiana, dell’“istituzione come struttura tanatologica ed escludente senza eccezioni. Basaglia tuttavia concordava con Foucault (e con il Goffman autore di *Asylums*) sulla definizione dell’“istituzione manicomiale come struttura di dominio:

“il manicomio” – nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, come protezione dall’invasione dei “centri d’infezione” – sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato. Quale cura, quali diritti potevano esistere nelle istituzioni manicomiali pre-legge 180? Non c’è dubbio che la *pars destruens* dell’opera di Basaglia è stata portata avanti, io credo, con una piena consapevolezza della portata normativa dell’articolo 32 della Costituzione Italiana: il malato, e il malato mentale in particolare, non è un soggetto astratto, ma una persona nella sua irriducibile individualità e storicità; persona individuata dall’essere “soggetto di carne” in una rete di rapporti sociali e materiali. Ma prima ancora di questa consapevolezza, si doveva agire su un piano ancora più rilevante: quello del diritto fondamentale a non essere torturati o umiliati da condizioni di degenza degradanti e umilianti, cioè a non essere resi “oggetti”, ovvero soggetti solo in quanto assoggettati. È evidente che, puntando su questi due aspetti oggi considerati ovvi da noi (ma che trentaquaranta anni fa ovvi non erano) l’“interesse primario dell’opera di Basaglia è stato quello di ridare dignità al malato psichico.

## 5. BIOETICA e NEUROSCIENZE

Le questioni relative ai dilemmi etici sono state per un lungo periodo quasi esclusivo appannaggio dei filosofi morali, le uniche figure in grado di sviluppare ipotesi e teorie sulle questioni che riguardavano le scelte e i comportamenti umani. Recentemente, la dimensione etica ha cominciato a interessare anche i neuro scienziati e i filosofi delle scienze da quando nuove tecniche (in particolare quelle del *neuroimaging*) hanno permesso di studiare le correlazioni neurali tra aree cerebrali attivate e lo stato mentale del soggetto esaminato, sia esso un individuo sano sottoposto a particolari *tasks*, sia invece un paziente, anche in relazione ai comportamenti cosiddetti morali.

Da qui nasce la formulazione di domande sulla natura anche costituzionale, diremmo genetica della morale ovvero su di un suo postulato evolutivo acquisito: la dimensione epigenetica, quella secondo la quale le esperienze modellano la composizione genetica, ereditata e individuale. Esistono sempre maggiori evidenze scientifiche che documentano le correlazioni di particolari circuiti neurali, sebbene non specifici per questa facoltà, che sarebbero coinvolti nelle scelte di tipo morale. L'emergere di tali ipotesi ed evidenze ha portato allo sviluppo di un nuovo campo disciplinare definito "Neuroetica" che, nella sua prima tradizione e sulla base di osservazioni oggettive di attivazione di specifiche aree cerebrali in circostanze che implicano scelte di valore etico, ha dato origine a un settore d'indagine noto come "Neuroscienze dell'Etica" o "Neuro-Morale". Infatti, la Neuroetica è suddivisa in Neuroscienze dell'Etica o Neuro-Morale ed Etica delle Neuroscienze, quest'ultima intesa come la valutazione etica delle scoperte delle neuroscienze e delle loro applicazioni all'uomo, insieme alle imprescindibili ricadute sociali, politiche e giuridiche. Tante sono le dimostrazioni e gli esperimenti, in contesti specifici, da cui ricavare quei collegamenti in grado di operare una sintesi tra le conoscenze razionali individuali e la sfera delle emozioni, che favorirebbero una scelta anziché un'altra, ma soprattutto il tentativo di comprendere se, in quei contesti in cui l'uomo è costretto a scelte di valore etico, prevarrebbero fattori ereditati biologicamente piuttosto che elementi acquisiti nel corso della vita sulla base delle esperienze soggettive. In estrema sintesi, tale scenario ripropone la dialettica esistente tra "innatismo" e "apprendimento", in quanto la libertà individuale del singolo si misura a partire dal campo dell'autoproduzione quale elaborazione critica delle proprie esperienze e della propria esistenza «nel cuneo delle relazioni con i regimi di verità e con i dispositivi di potere».

Dall'analisi teorica foucoltiana deriverebbe che il luogo dell'etica in una prospettiva antropologica viene delineato da quel lavoro personale, quell'analisi del Sé che è la risultante d'interazioni agite in uno spazio virtuale triangolare definito tra «libertà, potere e verità. A tutte queste variabili le neuroscienze offrono un supporto d'analisi che coinvolge il corpo quale legame dinamico tra tecnica e semiologia del vivente. Alcune questioni fondamentali come, l'essere, il fare, il sentire, il pensare, sollecitano le filosofie della mente e ineriscono sostanzialmente la natura della mente e il suo rapporto con il corpo.

L'essere cosciente si riferisce a stati e/o processi mentali e l'interesse delle neuroscienze è orientato a capire e dimostrare come tali stati si correlino alle attività ed alle funzioni del cervello. I processi cognitivi delle moderne neuroscienze sono stati definiti in passato da Platone «mondo delle idee», da Ippocrate «Messaggero» del cervello, da Eraclito «fuoco divino», mentre per Kraepelin tutta la natura restava un mistero, così come, in particolare, il suo legame operativo con il cervello.

Al mentalismo ontologico che interpretava la mente come una vera e propria realtà autonoma, si è anteposto un mentalismo di carattere più funzionale che ha animato maggiormente le filosofie contemporanee. La mente non s'identifica con il corpo, ma non rappresenta un'entità meta-corporea.

Essa può essere definita come una funzione che si correla con specifici processi fisici anche non coincidendo con essi. Le tecniche e l'interesse delle neuroscienze hanno ulteriormente sviluppato questo fronte utilizzando meglio le conoscenze sul cervello, rielaborando il modello interpretativo della mente su queste basi scientifiche e sul terreno delle connessioni neurali. Ciononostante, alla base di queste prospettive epistemologiche si colloca l'uomo, la "persona" con i suoi correlati motivazionali ed intenzionali; in tale più ampia prospettiva che interpreta i "dati bio-fisiologici" in una dimensione antropologica, il senso degli "atti compiuti" dona alla persona un significato implicito che la identifica proprio con gli atti che essa compie. La persona si colloca, così, nella direzione indicata da Heidegger, che rifiutava di identificare la verità dell'essere con la verità della scienza e Rorty, che consigliava di abbandonare il vocabolario delle filosofie orientate scientificamente a favore di una filosofia che promuova il dialogo sociale più che l'indagine fisicalista. Il crescente interesse su queste questioni, ha favorito lo sviluppo multi professionale della ricerca scientifica favorendo le intersezioni disciplinari. Questa interdisciplinarietà rappresenta il fulcro della metodologia d'approccio al campo della bioetica ed al settore della Neuroetica. Filosofia e Neuroscienze continuano a

delineare quel fronte d'indagine speculativa che ha cercato storicamente di rappresentare l'anima ed il corpo in una prospettiva universale, cercando di superare il limite di questo mistero ed affrontando la complessità e la problematicità di queste questioni filosofiche e scientifiche.

Nel linguaggio teologico il *libero arbitrio*, da Agostino in poi, ha designato «la libertà di scelta o del volere umano». Ma in cosa consiste questa libertà? Quella libertà di volere riconosciuta da Platone e da Aristotele? Naturalmente questo problema trascina in una dimensione filosofica che l'etica si è posta sempre e delinea tesi che hanno segnato la storia del pensiero filosofico e teologico occidentale.

Esse si rappresentano ancora in tutta la loro complessità nelle questioni di fondo del pensiero contemporaneo. Più in particolare, possiamo evidenziarne due: la prima considera il libero arbitrio come una totale assenza di costrizione all'agire umano (siamo liberi ogni volta che in una scelta non siamo in contrasto o conflitto con le nostre preferenze ed orientamenti). La seconda considera che ciò che rende una scelta veramente libera è la capacità di scegliere anche in contrasto con le proprie preferenze, senza essere contaminati dal proprio carattere, dalla propria costituzione e dalle circostanze in cui si determina quella scelta. Molti filosofi hanno considerato la volontà umana e la capacità di autodeterminazione come un presupposto indeterministico ed oscuro. Quando l'esistenza che si traduce in esperienza soggettiva non si declina solo sulla base del rapporto polare tra un Io ed il suo Mondo, ma coinvolge una triangolazione dinamica che coniuga verità, potere

ed eticità. Cosa accade oggi, sulla base delle nuove conoscenze neuro scientifiche? Quale può essere la ricaduta antropologica derivata dal considerare la mente (in un'interpretazione che può apparire riduzionistica e meccanicistica), solo sulla base della sua natura fisica?

Ad esempio: i nostri valori potranno avere in futuro, come unico punto di riferimento lo scenario dell'intelligenza artificiale, che l'uomo "costruisce" sulla base di una concezione di tipo meccanicistico? Le conoscenze attuali tendono a dimostrare quanto noi *siamo* il nostro cervello. Ciononostante, soprattutto per ciò che riguarda i rapporti tra sistema nervoso e comportamento, molti autori hanno sottolineato i pericoli che derivano da un'interpretazione banalmente riduzionista dei dati scientifici; tali dati influenzano le filosofie dell'uomo e ne caratterizzano il suo tempo.

Una tale prospettiva, essenzialmente neurobiologica della mente, implica una dissociazione tra realtà materiale e significati. Ad esempio, alcuni autori sostengono che l'etica, quale corpo

disciplinare, non può essere compresa solo su queste basi e nemmeno soltanto attraverso la storia o l'analisi dei sistemi morali, ma, piuttosto affrontando estesamente le «sue problematizzazioni». Pertanto, in quest'ottica, una più estesa prospettiva antropologica potrà rappresentare un'alternativa ad un riduzionismo sintetico e svalutativo di tutte le qualità legate all'individualità ed alla persona, che rappresentano il fondamento dei valori umani.

Sul fronte delle relazioni che problematizzano il rapporto mente-corpo, molte questioni etiche coinvolgono il campo delle psicologie applicate, delle psicoterapie tanto quanto quello, spesso autoreferenziale, delle terapie psicofarmacologiche. Fin dal 1600, epoca in cui l'anima veniva considerata un principio immortale ed immateriale che governava il corpo, la malinconia veniva curata, oltre che con la preghiera, sulla base delle conoscenze astrologiche e sulla base delle teorie umorali di Galeno. Thomas Willis, nell'Inghilterra della prima metà del Seicento proponeva già l'ipotesi che pensieri ed emozioni corrispondessero a tempeste di atomi nel cervello, ed ipotizzava già allora che i disturbi mentali si potessero curare con sostanze chimiche.

Egli, infatti, a quell'epoca proponeva una terapia a base di uno sciroppo (poco efficace) e di piacevoli chiacchierate. Mentre dall'inizio del secolo scorso le teorie freudiane e le tecniche psicodinamiche avevano prevalso sulle terapie biologiche nella cura di gran parte delle malattie psichiche, l'ipotesi di agire con una terapia a base di sostanze chimiche è stata incerta fino all'epoca della seconda guerra mondiale. Infatti, solo dalla seconda metà del secolo la ricerca ha permesso la sperimentazione di sostanze psicoattive che hanno radicalmente condizionato la cura di molte malattie mentali, testimoniandone gli effetti profondi sul comportamento e sulle emozioni.

L'uso di sostanze psicoattive solleva sempre problemi di natura etica che non permettono di ridimensionare le funzioni cognitive ed emozionali ed i complessi aspetti dell'esperienza umana al dato fisico. L'efficacia degli psicofarmaci nella cura della depressione e di altri disturbi psichici ha rivoluzionato l'approccio metodologico ed ideologico alla cura, senza ridurre l'interpretazione dei fenomeni psicopatologici a fenomeni biologici e basta.

Uno stesso trattamento, a seconda del paziente, può portare a benefici o a danni ed alcuni Autori hanno sottolineato i rischi che comporta una lettura generalizzata sul cervello, soprattutto quando essa è basata su casistiche ristrette. Infatti, ulteriori teorie complesse, relative all'interpretazione di malattie che coinvolgono il sistema dell'autoimmunità, i processi infiammatori, ecc. sollevano analoghi quesiti e lo stesso livello di complessità che riscontriamo

nell'interpretazione delle malattie della mente. Pertanto, oggi, un approccio evoluzionista attento permette di reinterpretare i dati del rapporto individuo-ambiente (Io-Mondo), lungo assi di intersezione e di equilibrio dei dati della genetica, della multifattorialità, della personalizzazione assoluta del caso clinico.

«Poiché ogni individuo è costituito da una singolare combinazione di fisiologia, identità sociale e valori personali, ogni paziente costituisce un esperimento unico».

Tutti gli esseri umani reagiscono in maniera differente di fronte alla morte: in generale, sconvolge poco il fatto che le nostre molecole e gli atomi vadano incontro ad una trasformazione, mentre è più difficile accettare il fatto che tutto finisca con lo spegnimento dell'attività del cervello o, più estesamente, della propria materia fisica. Dai dati della realtà residua l'evidenza di un'evoluzione chimica che azzerava tutto il portato sostanziale di esperienze, memorie, e soprattutto dell'identità personale. Ciononostante, a prescindere da questa estrema circostanza, l'Io cambia comunque nel corso della sua esistenza:

ad esempio, esso cambia in conseguenza di molte malattie (vedi traumi, demenze, ecc.).

Cosa succede in questi casi alla propria anima? Cosa accade ad una persona che non sembra più la stessa e magari non riconosce il proprio Io e tradisce le sue caratteristiche essenziali della personalità precedente?

Lo studio di queste circostanze pone in essere, con evidenti riscontri, quel fenomeno specifico della soggettivazione che Kant indicava come «l'Io che è affetto da se stesso»: se l'Io conserva la sua unità è «in un solo e medesimo atto», il soggetto determinante e il soggetto che determina se stesso.

In base a dati recenti, un danno della corteccia frontale comporta un'alterazione del circuito neurale che è alla base della «teoria della mente», ovvero la capacità di rappresentare gli stati mentali altrui e quindi di entrare in empatia con l'altro e di comportarsi in termini morali.

Shallice, ad esempio, ritiene che le diverse disfunzioni della sindrome frontale dipendano da un deficit del cosiddetto sistema attenzionale, che esercita un controllo su tutti i sistemi cognitivi e quindi anche sui giudizi morali. Emblematico è stato il famoso caso del minatore Phineas Gage e la questione del cambiamento temperamentale e comportamentale che egli subì quando fu colpito da una barra di ferro. Sebbene sopravvisse, apparve profondamente trasformato nelle sue caratteristiche personologiche. Questo caso sollevò tante polemiche tra gli studiosi del cervello, (inclusi neurologi e studiosi del linguaggio del livello di Broca e Wernicke). Dopo molti anni, lo studio del cranio del minatore ha risvegliato l'interesse del neuro scienziato Damasio



che, sulla base delle moderne potenzialità tecnologiche, ha ritenuto di dover studiare l'effetto della traiettoria della barra sulle aree cerebrali: in base all'analisi della traiettoria desunta dal foro d'entrata e quello d'uscita nel cranio e delle simulazioni computerizzate, ha potuto affermare che era stata lesa una specifica area della corteccia, quella che media gli aspetti emotivi e cognitivi del comportamento. Proprio tale trauma aveva prodotto i cambiamenti della persona, poiché quelle aree cerebrali sono coinvolte nelle scelte e nelle decisioni di valore etico, ed in Phineas Gage esse avevano determinato l'incertezza nelle decisioni e nelle scelte di tipo morale. Certamente utile alle riflessioni di quest'articolo è un'altra interessante osservazione, il riscontro, cioè, che il cervello funziona in modi diversi quando riflettiamo su noi stessi.

La coscienza "*riflettente di sé*" attiva reti ed aree neuronali specifiche. In particolare, alcune regioni cerebrali sembrano coordinare un particolare tipo di pensiero, una meta cognizione, che si rappresenta quando la coscienza riflette su se stessa. Tale dimensione meta cognitiva è un particolare strumento molto speciale che il cervello possiede per identificare tutto ciò che ha a che vedere con noi stessi e ad essa è connesso il concetto di Io; da questa prospettiva, l'"Io" può essere inteso come un processo o un'organizzazione cerebrale. In sintonia con tale modello si pone il riscontro che quando quelle reti neurali vengono alterate da diversi fenomeni lesivi, una persona non mantiene le costanti della propria identità e non è più la stessa di prima, soprattutto in quanto priva di una memoria, non riesce più a riferirsi alla propria autobiografia.

Il soggetto in queste circostanze, non ricordando più chi è, non identifica più il "sé stesso" precedente, e non collega esperienze ed identità; non si riconosce in quel processo di identificazione che lo rende «affetto da se stesso», non rielabora più l'esame del «senso interno» e dell'«appercezione» quale coscienza empirica che ha "percezione di un me nel suo statuto di oggetto". E per concludere questi brevi appunti su dilemmi che altrove sono più ampiamente dibattuti, si deve sottolineare che nella disamina delle questioni che riguardano il rapporto dell'etica con le neuroscienze, il problema dell'identità si coniuga con quello della persistenza della memoria nell'Io. Proprio la memoria solleva un'ulteriore questione etica che riguarda le tecniche attuali che ne permettono la manipolazione. Nonostante l'esistenza di diversi tipi di memoria, quella procedurale (andare in bicicletta), semantica (ricordare il significato e l'esperienza dell'informazione), episodica e autobiografica, la loro base neurobiologica è simile e nota agli scienziati. La memoria a breve termine o "di lavoro" comporta modifiche dell'attività bioelettrica di alcune reti e delle relative sinapsi. Questa memoria è fragile e diversi trattamenti fisici possono indurre amnesia. Il suo consolidamento implica il passaggio a una forma stabile

di memoria a lungo termine. Il consolidamento della memoria, come ipotizzò Donald Hebb, dipende dalla stabilizzazione di alcune sinapsi o dalla formazione di nuove sinapsi. La prima questione da porsi risiede nel fatto che molti trattamenti che interferiscono con la sintesi proteica bloccano quel consolidamento, quindi, la formazione di memorie “a lungo termine”.

La seconda questione riguarda il riconsolidamento della memoria e la relazione tra corteccia cerebrale e memoria: tutto è codificato per sempre? I ricordi di tutta la vita sono sempre sepolti nel cervello?

Per la psicobiologia la memoria non è un’immagine “da fermo”, ma dinamica. Come nel caso di altre attività mentali, la memoria è un’elaborazione fortemente individuale dell’esperienza ed è esposta a un continuo aggiornamento. Sino a non molto tempo fa si riteneva che le memorie fossero stabili e che la loro scomparsa fosse dovuta all’oblio.

Oggi si guarda alle memorie come a entità instabili, e pertanto sensibili ad un processo di potenziamento e di ri-consolidamento, cioè ad un continuo processo di ristrutturazione. Pertanto, poiché questo concetto è in contrasto con l’idea tradizionale che descriveva la memoria come una fotografia duratura della realtà, la prospettiva etica è costretta a considerare sia il fatto che esiste una riorganizzazione continua delle esperienze e dei processi di soggettivazione delle stesse, ma anche il fatto che esiste una contaminazione delle esperienze precedenti da parte di quelle successive, in un contesto in cui è noto quanto nuovi farmaci inducono modifiche delle funzioni cognitive e emotive. Infatti esistono “target farmacologici per il potenziamento” di funzioni quali memoria, funzioni esecutive, umore, libido, ecc. Negli USA sino al 16% degli studenti assumono metilfenidato (Ritalin) e/o derivati destro-amfetamina, non per l’ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) ma come potenziatori cognitivi di memoria e funzioni esecutive.

- **Un esempio: Il comportamento aggressivo**

Il comportamento aggressivo è un'azione intenzionale volta a provocare dolore fisico o psicologico su una persona. Un primo problema si può porre così: È un comportamento innato? In risposta a questo quesito alcuni autori hanno sostenuto la tesi che nei comportamenti aggressivi e/o delittuosi possa essere sottesa una base biologica. In particolare uno dei fattori più probabili è la disfunzione della corteccia prefrontale.

Una parte del cervello che è coinvolta nella regolazione del comportamento e che, in genere, è particolarmente attiva quando un individuo è nelle condizioni di assumere decisioni complesse. Altrettanto significativa in questo senso è la prova di quanto quest'area della corteccia cerebrale sia coinvolta nella inibizione dell'aggressività. La domanda che si sono posti scienziati, sociologi, giuristi, filosofi è: quanto le azioni violente e aggressive siano la conseguenza di fattori ambientali, libero arbitrio, ovvero solo la conseguenza di disfunzioni della sostanza grigia della corteccia prefrontale? Gli esecutori di delitti sono veramente liberi di decidere se commettere o meno quel crimine? Alcuni sostengono che per poter disporre realmente del libero arbitrio è indispensabile il corretto funzionamento della corteccia prefrontale. Le neuroscienze del libero arbitrio tendono a dimostrare che le intenzioni e le azioni personali dipendono da processi deterministici: in realtà, la natura dei comportamenti, si declina sulla base di alcuni fattori genetico- costituzionali e dell'interazione con specifici fattori ambientali. Così, le scelte e i comportamenti appaiono quali conseguenze di quelle interazioni (alla fine, nel giudicare un'azione si conclude che un individuo poteva agire prevalentemente come ha agito). Qual è la conseguenza di tale ottica? Essendo determinati ad agire in un certo modo non si sarebbe né liberi, né responsabili direttamente di quelle azioni.

Un secondo quesito è relativo alla evidenza del fatto che la coscienza appare un requisito indispensabile della responsabilità morale; e tale requisito è alla base del diritto penale. Consideriamo qui i meccanismi naturali di autodifesa: essi sono stati funzionali alla conservazione delle specie, ed emergono dalla interazione tra corteccia prefrontale e sistema limbico, dove si elaborano le reazioni più istintive e si regolano le emozioni e i suoi correlati fisiologici. I rilevatori fisiologici delle emozioni sono il ritmo cardiaco, la respirazione, la temperatura del volto e delle mani, la tensione dei muscoli frontali ecc.

Ma l'equilibrio tra i due sistemi non si limita alla sola funzione di autodifesa e sopravvivenza; esso consente soprattutto l'espressione e la consapevolezza dei sentimenti coinvolti nelle

relazioni sociali. Questa speciale funzione della mente si riflette, poi, soprattutto nella capacità di considerare regole e norme di condotta, di rispettarle e di avere consapevolezza del comportamento etico. Il terzo punto, diretta conseguenza di questo appena accennato, è relativo a una questione etica fondamentale: qual è la responsabilità individuale di gesti e di comportamenti violenti? È possibile che alcune persone non siano responsabili di azioni aggressive o delitti che hanno commesso? In *estrema ratio*, il quesito è postulabile anche così: una lesione cerebrale rende naturalmente quella persona pericolosa? Il confronto tra le teorie che affidano all'ambiente e alla cultura il ruolo predominante nel determinare comportamenti aggressivi e quelle che riconoscono nella biologia la base per spiegare il comportamento criminale, introduce a una riflessione spinosa e scottante che cerca di delineare i confini di senso degli elementi biologici e attribuire un ruolo al contesto sociale, forse con aspettative superiori a quanto le scienze naturali e sociali possano ancora oggi determinare.

Alcuni autori hanno elaborato una teoria secondo la quale alla base del comportamento violento possono e devono concorrere tre fattori principali: i maltrattamenti fisici o ambientali, un danno neuronale, una malattia mentale. Tenendo conto del fatto che la maggior parte delle persone che presentano ognuna delle tre condizioni su elencate non è violenta, la compresenza dei tre fattori può rappresentare una sintesi *probabilisticamente* determinante per il comportamento violento.

Il cervello è un organo in costante evoluzione e fenomeni quali la neuroplasticità e la neurogenesesi coinvolgono le strutture cerebrali per tutto l'arco della vita dei neuroni.

In alcuni casi, esperienze molto precoci possono addirittura influenzare l'espressione genica e rappresentare danni irreversibili per il resto della vita, nonostante a quell'epoca i fenomeni di plasticità siano più attivi, mentre esperienze soggettive traumatiche e danni dell'età più adulta hanno un impatto minore sull'espressione comportamentale e sono maggiormente disposti a sviluppi, elaborazioni ed evoluzioni, sempre sulla base dei fenomeni neuroplastici.

È ben descritto dalla letteratura che nella prima infanzia un ambiente ricco di stimoli e sano sul piano affettivo favorisce lo sviluppo delle potenzialità cerebrali superiori dell'individuo, mentre un ambiente povero e violento può determinare danni e limiti evolutivi anche permanenti. In questi casi esiste sempre un correlato biologico di quelle esperienze soggettive. Ma ciò è sufficiente a determinare un giudizio conclusivo relativamente alla libertà d'arbitrio e al valore etico soggettivo delle azioni violente? Tali azioni, pur essendo intenzionali non implicano che

l'intenzione sia sempre uguale e noi possiamo distinguere due dimensioni diverse di quell'aggressività:

-la prima è un'aggressività ostile (quando l'unico scopo è infliggere dolore), che è emozionale, reattiva e impulsiva. In questi casi l'aggressività è indotta da immaginazione e sentimenti (es. rabbia), spesso in assenza di un'analisi razionale sui costi e benefici.

-La seconda è un'aggressività strumentale, più razionale e calcolata; un'aggressività utilizzata per massimizzare i propri profitti (mezzo per altro scopo). In queste due differenti circostanze entrano comunque in gioco le propensioni innate, le risposte inibitorie apprese e la situazione sociale. Il ruolo dell'imitazione e della risonanza emozionale nello sviluppo di automatismi aggressivi e propensione alla violenza pone in essere anche il coinvolgimento di altre strutture cerebrali nell'interpretazione di questi differenti tipi di aggressività: le aree dei neuroni specchio, l'ippocampo, il cervelletto.

Un'azione è compresa perché la rappresentazione motoria di quell'azione è attivata nel nostro cervello. Un ulteriore ambito delle conoscenze scientifiche ha studiato le correlazioni tra bassi livelli di serotonina e comportamenti violenti: a supporto di queste ipotesi è l'osservazione dell'efficacia di terapie farmacologiche a base di stabilizzanti dell'umore e farmaci serotoninergici nel controllo dell'impulsività, della compulsività e del discontrollo degli impulsi, soprattutto quando questi assumono un carattere aggressivo e violento. Parallelamente, sono descritte prove dell'efficacia delle psicoterapie in questi particolari pazienti. Molti autori sostengono il ruolo delle terapie integrate anche in queste circostanze. Nonostante il fervore della ricerca neuro scientifica degli ultimi decenni, la dimensione etica dei quesiti posti in questo paragrafo resta legata alla dialettica tra il ruolo dei fattori biologici e quello dei fattori psicologici e ambientali. Molte prove hanno dimostrato che non tutte le persone che hanno una corteccia prefrontale lesa sono violente. Inoltre, da dati di laboratorio si evince che le tensioni sociali, l'aggressività, la violenza modificano la chimica neuronale e che i cambiamenti neuronali e neurochimici persistono nel tempo.

Non è possibile sostenere che la violenza sia direttamente legata alla biologia, mentre è certamente vero che gli schemi di funzionamento appresi precocemente nella vita influenzano il comportamento umano e che, così, l'ambiente determina quel comportamento in maniera decisiva, coinvolgendo e influenzando in questo processo, la funzione e la struttura di specifiche aree cerebrali. Molti recenti dati delle psicologie e delle neuroscienze rappresentano comunque una sfida alla libertà e al libero arbitrio in quanto sulla base di ipotesi

deterministiche, coinvolgendo il ruolo della coscienza, in realtà, esse finiscono per sostenere che noi esseri umani non agiamo mai in maniera veramente libera in quanto le nostre azioni continuano a essere dominate più dai processi emozionali che razionali. Pertanto se ne deduce che se non siamo noi a determinare consapevolmente tanto le nostre intenzioni, quanto i nostri desideri e le nostre decisioni, non possiamo ritenerci pienamente consapevoli e responsabili delle nostre azioni.

Una riflessione non metafisica sul problema dell'etica in relazione ai saperi moderni delle neuroscienze non riesce a prescindere dalla riflessione sull'identità e sui suoi correlati filosofici e antropologici. Sentirsi è conoscersi e la conoscenza della propria soggettività prelude a ogni discorso che debba declinare in maniera non superficiale ogni dibattito relativo alla sfera dell'etica. È il *compito* che qualifica la *tensione etica* e rispetto a esso ogni azione è solo un elemento e un aspetto della condotta morale nel suo insieme.

La costituzione consapevole del *sé* si determina in quanto costituzione morale del *sé*.

La bioetica si formula come una disciplina relativamente recente, ma proprio tenendo il passo con l'incedere vorticoso dei saperi ha assunto un progresso e una sua scottante attualità nel dibattito sull'uomo moderno e post-moderno. Psiche e tecnica delineano scenari futuri in cui l'immaginario affanna in ogni possibile bilancio di previsione delle soggettività e delle personalità future.

Tutto il rapporto uomo natura attraversa in maniera estremamente problematica tanto le scienze della natura che le scienze umane. L'analisi dell'esperienza morale, oggi, deve essere tradotta nell'analisi delle "problematizzazioni etiche" e considerare quattro fattori che concorrono a produrre i movimenti di soggettivazione e determinarne le differenze: il primo fattore riguarda la determinazione della sostanza etica (cioè della materia principale della condotta morale), il secondo fattore è rappresentato dal modo in cui il soggetto si riconosce in quanto legato all'obbligo di mettere in pratica una regola, il terzo è la forma di elaborazione del lavoro etico che si conduce su se stessi, infine, il quarto, il *telos*, il fine e l'orientamento che assume il lavoro su di sé.

Per affrontare su base empirica e scientifica quanto fin qui sostenuto e teorizzato dalle sociologie e filosofie del tempo, bisogna considerare che le sfide empiriche al ruolo della responsabilità morale coinvolgono insieme tanto il campo delle psicologie che quello delle neuroscienze. Da quanto detto prima, appare che la coscienza non avrebbe un ruolo diretto nell'assumere decisioni o nell'esprimere un desiderio o una volontà. La coscienza giunge

tardivamente sulla scena del determinismo di un'azione e pertanto è legittimo interrogarsi sulle conseguenze di tali specifiche ipotesi. Se noi non controlliamo pienamente ciò che immaginiamo, desideriamo e facciamo, possiamo sempre essere ritenuti responsabili del nostro agire?. Filosofi, giuristi, scienziati cognitivi affollano lo scenario di questo stimolante dibattito. Sembra che prendere una decisione non è un compito della coscienza intesa quale potere causale attivo. Il requisito fondamentale per il quale dovremmo esercitare una volontà nella coscienza sembra essere quello di controllare il nostro controllo; e posto così esso appare come un requisito impossibile. Secondo alcuni non importa se le nostre azioni sono causate consciamente o meno, ma che si addicano all'immagine cosciente che abbiamo di noi e dei nostri scopi. Le neuroscienze dell'etica si dibattono ancora in un territorio impervio e ricco di dilemmi. In sinergia con le scienze sociali indicano che spesso le nostre valutazioni etiche si dimostrano irrazionali, se non ingiustificate.

Il pensiero morale si basa sempre su "intuizioni" morali, verificando e giustificando le teorie morali sulla base di un equilibrio tra le nostre intuizioni e le nostre teorie esplicite.

È impossibile che una teoria morale possa fare a meno di intuizioni, anche se ognuna se ne avvale in maniera diversa. Gli utilitaristi che bocciano il ruolo delle intuizioni, finiscono per dipendere da quelle stesse intuizioni come avviene per qualunque altra teoria morale.

Alle neuroscienze si sono poste molteplici sfide relativamente alle intuizioni morali, ai giudizi morali e al ruolo dell'attività neuronale in tali specifiche funzioni della mente.

Uno studio ha specificamente elaborato il ruolo del cervello nella elaborazione di casi di dilemmi morali personali o impersonali rilevando differenze significative nell'elaborazione dei primi o dei secondi. Ma è lecito domandarsi se il riscontro dei correlati anatomo- funzionali del nostro cervello possa favorire il giudizio sui gradi di responsabilità che le persone hanno nell'agire in maniera aggressiva, violenta o illegale. Quanto le implicazioni relative al riscontro che l'attivazione di specifiche aree cerebrali prima di un'azione, di una decisione o di un giudizio possano interferire con le teorie dell'etica resta ancora esso stesso un dilemma. Questa questione entusiasma i ricercatori e stimola la speculazione teorica alla ricerca di categorie universali che rispondano agli interrogativi che l'uomo pone alla sua stessa esistenza. E c'è da giurarci che ciò sarà vero ancora per moltissimo tempo.

Eticità e praticità, nella filosofia e nella medicina, alimentano lo stesso campo di interesse teorico e convergono nelle forme arcaiche della problematizzazione di un campo, quello della

cura, che colloca il soggetto nella sua irripetibile singolarità, nella sua specifica e inevitabile flessione, ma anche nello sforzo a costituirne la virtù.

Ogni discorso relativo ai fattori speculativi inerenti ai rapporti tra bioetica e neuroscienze diverrebbe vuoto se non illuminato dalla dimensione intersoggettiva, dalla prospettiva relazionale e dal fine ultimo della cura, anche quando essa assume il senso singolare della cura di sé. Mentre lo studio del cervello era un'esclusiva di discipline scientifiche classiche, quali l'anatomia e la neurofisiologia, l'analisi della coscienza e del comportamento umano è stata da sempre affidata a discipline specifiche, quali la psicologia o la filosofia, rientranti nell'ambito delle cosiddette scienze umane. Con le neuroscienze contemporanee si tenta un'integrazione tra questi e altri saperi interessati allo studio globale della coscienza.

Questo scritto, preso atto con favore della tendenza a elaborare un sapere complesso, si propone di analizzare, senza avanzare pretese di esaustività, alcune questioni epistemologiche ed etiche sollevate dalle ricerche più recenti. Più in dettaglio il percorso esplicativo neuroscientifico dovrebbe portare a una spiegazione della correlazione riscontrata tra eventi neurologici e le principali classiche manifestazioni della coscienza: la sensazione, la coscienza intenzionale, l'autocoscienza.

- **Alle radici della soggettività: la sensazione**

In primo luogo una premessa, tutti gli studi sulla correlazione tra eventi mentali e attività neuronale sono limitati da un problema di fondo, l'incommensurabilità dei due fenomeni: ossia gli eventi mentali soggettivi e le attività cerebrali non sono identici e il loro essere correlati resta difficile da interpretare e spiegare. Ciò nonostante lo studio dei correlati neurali della coscienza (NCC) o anche delle cosiddette basi neurali della coscienza (NBC) è impegno principale delle neuroscienze ed ha portato a notevoli passi avanti nella conoscenza della mente. Per quanto riguarda l'evento mentale più semplice in assoluto, ossia la sensazione soggettiva, di fondamentale importanza uno studio recente di Nicholas Humphrey dal titolo emblematico: Rosso. Uno studio sulla coscienza. Nel volume, che riprende una serie di lezioni e conferenze tenute sull'argomento, si discute della sensazione soggettiva di chi osserva qualcosa di rosso, il cosiddetto rosseggiare (avere una sensazione di rosso) e delle relazioni tra sensazione e percezione sul piano evolucionistico e fisiopatologico. Secondo Humphrey, la sensazione si può considerare una forma di reazione a uno stimolo ambientale evolutasi nel



tempo: da semplice risposta motoria a esperienza interna privatizzata. Di fatto essa, originariamente, si presentava come una semplice reazione corporea a uno stimolo esterno. Conosciamo tutta una serie di azioni-espressioni corporee che rappresentano reazioni congrue a determinati stimoli: sorridere, piangere, gridare, agitare una mano sono tutte reazioni ad appropriati stimoli ambientali.

La forma più semplice è quella che in ambito biologico si definisce irritabilità.

Si tratta di quella reazione che un organismo unicellulare mette in opera a contatto con uno stimolo esterno: allontanamento o retrazione, in caso di stimolo fisico o chimico negativo, avvicinamento, in caso di stimolo positivo (ad esempio una fonte di cibo).

A livello unicellulare e di organismi pluricellulari semplici il fenomeno è assolutamente inconsapevole e meccanico, tuttavia, più si sale lungo la scala filogenetica più la reazione agli stimoli, prima si complica come meccanismo biologico, poi si colora di un vero e proprio elemento aggiuntivo: la soggettività, ossia la sensazione in senso proprio e la percezione, in genere considerate come unico fenomeno.

Lo scopo evolutivo dell'emergere della sensazione è abbastanza evidente: elaborare una sorta di resoconto interno degli effetti provocati dagli stimoli esterni sul proprio corpo ha un indubbio valore sul piano della fitness individuale.

L'organismo biologico dotato di sensazioni appropriate è in grado, infatti, più facilmente rispetto a chi ne è sprovvisto, di riconoscere fonti di cibo, potenziali partner sessuali, possibili minacce. La storia evolutiva prosegue poi con la comparsa di un ulteriore fenomeno cosciente: la percezione. Infatti, a partire da questa iniziale concentrazione sul proprio vissuto reattivo interno l'organismo si sposterebbe poi alla considerazione del mondo esterno e svilupperebbe poco alla volta strumenti raffinati di conoscenza della realtà circostante. In questo modo, dalla sensazione elementare (e tutto sommato cieca) emergerebbe la percezione vera e propria, ossia la capacità di rappresentazione cosciente tipica dei mammiferi. In altre parole, prima si sperimenterebbero e catalogherebbero gli effetti del mondo sul proprio corpo (questo è piacevole quest'altro è doloroso, tale cosa è dolce la tal'altra amara ecc.) solo in un secondo momento si dirigerebbe l'attenzione verso l'esterno, costruendosi un'immagine mentale degli oggetti che hanno provocato le sensazioni. Da questa ricostruzione, opinabile ed ipotetica come tutti i resoconti evoluzionistici, si evince che sensazione e percezione, pur essendo evolutivamente e funzionalmente interconnesse, siano, tuttavia, canali di espressione della soggettività distinti e separabili non solo in linea di principio ma anche in alcune

concrete situazioni di fatto, e sono queste ultime a valere come possibili prove empiriche delle ipotesi evoluzionistiche, altrimenti esclusivo parto della fantasia. Inoltre, negli organismi più complessi dotati di sistema nervoso centrale, la sensazione, da originaria risposta motoria della cellula che si ritrae di fronte a un reagente dannoso, si trasformerebbe in arco riflesso, ossia azione coordinata da una serie di neuroni afferenti ed efferenti. Ancora più complessa la situazione quando il sistema nervoso diventa ricco di cellule e connessioni sinaptiche con funzioni cosiddette associative che si interpongono tra le aree sensitive e quelle motorie complicando molto la semplicità dello schema dell'arco riflesso, fino a giungere a una alterazione della direzione degli stimoli: dall'esterno verso una risposta motoria esplicita essi convergerebbe all'indietro come una sorta di azione privatizzata ad uso interno che non si manifesta più alla superficie. Ora sarebbero proprio la retroazione interna ed i circuiti di rientro neuronale da essa attivati ad essere alla base della sensazione soggettiva di rosseggiare con il connesso correlato emotivo (come si vede non si può andare oltre l'indicazione della mera correlazione ferma restando l'incommensurabilità qualitativa tra i due fenomeni).

Un caso di distinzione tra percezione e sensazione soggettiva, ad esempio, è quello della cosiddetta vista cieca. Tale fenomeno, riscontrato e studiato sia in animali sia in soggetti umani, si verifica in concomitanza con un evento lesivo delle aree corticali deputate all'elaborazione degli stimoli visivi, ossia la corteccia occipitale. Ebbene i soggetti con lesioni gravi della corteccia occipitale, pur non provando alcuna sensazione visiva soggettiva, in qualche modo sarebbero in grado, tuttavia, se stimolati con domande appropriate, di ricostruire i particolari di una scena o di immagini cui vengono esposti. Il problema è che essi non sanno darsi ragione di queste paradossali esperienze visive e, soprattutto, tali fenomeni percettivi inconsapevoli, essendo del tutto sganciati dalla sensazione risulterebbero particolarmente sgradevoli. Ma esempi di separazione tra percezione e sensazione vengono anche da altri e meno estremi fenomeni oltre alla vista cieca. Le allucinazioni sono esempi patologici di sensazioni autogenerate, prive di un corrispettivo percettivo. Una sostanza come l'LSD, inoltre, altera profondamente le sensazioni pur lasciando relativamente integra la percezione. Infine, abbiamo le sensazioni simulate, ossia quelle reazioni interne ad azioni compiute da altri e da noi osservate che sono mediate dai neuroni specchio e si ritiene siano alla base dell'empatia. Su quest'ultimo punto e sul ruolo dei neuroni specchio come base neurobiologica della socialità torneremo più avanti quando analizzeremo il pensiero di uno dei

massimi studiosi dell'argomento, Marco Iacoboni. Per ora limitiamoci a concordare con queste osservazioni di Humphrey:

“Se dovessimo ripercorrere la storia evolutiva, suggerisco di considerare il rispecchiamento empatico come un modo importante in cui le sensazioni, sotto forma di espressioni corporee coperte, continuano ad avere un ruolo significativo nella sopravvivenza biologica degli uomini”.

- **I correlati neurali della coscienza e dell'autocoscienza**

Una volta esaminata la sensazione soggettiva passiamo all'esame delle forme di soggettività più complesse presenti negli organismi dotati di un sistema nervoso e soprattutto di aree corticali più sviluppate. Si tratta di studiare i correlati neurali dei fenomeni di coscienza ed autocoscienza. Per coscienza si intende la capacità di rappresentazione interna di oggetti esterni percepiti attraverso i sensi e portati alla consapevolezza individuale. Nel linguaggio filosofico classico in questi casi si parla di coscienza intenzionale, ossia della rappresentazione mentale di oggetti o eventi singoli. La coscienza intenzionale è stata definita da Gerald Edelman, nel già ricordato studio sul cervello, come rappresentazione del cosiddetto “presente ricordato” e sarebbe tipica di molti animali superiori, soprattutto dei mammiferi. Ad un gradino più elevato si colloca l'autocoscienza, ossia quel senso di sé come entità che dura nel tempo di cui sarebbero dotati, invece, esclusivamente gli uomini e, forse, qualche scimmia antropomorfa. Va sottolineato, inoltre, che quest'ultimo livello di complessità della soggettività si raggiunge solo con la mediazione determinante del linguaggio simbolico e della conseguente socializzazione.

Per discutere delle attività neurali correlate ai summenzionati stati soggettivi occorre una breve premessa anatomico-funzionale sul cervello umano. Il cervello umano è un organo di circa 1300 grammi, le sue componenti principali sono le cellule di sostegno (la cosiddetta glia) ed i neuroni. Approssimativamente i neuroni sono circa cento miliardi, un numero di per sé già impressionante, ma quello che è ancora più impressionante è il numero dei collegamenti che tali cellule stabiliscono tra loro, le cosiddette sinapsi, stimate nell'ordine di cento miliardi di miliardi. La comunicazione tra neuroni avviene attraverso stimoli elettrici e chimici mediati da neuromodulatori. Le classiche anatomia e fisiologia hanno studiato le reti cerebrali in funzione della stesura di una mappa dell'attività nervosa tesa a rilevare sedi di ben precise attività indagabili a livello fenomenologico e psicologico (movimenti, percezioni, pensieri).

Sono state, ad esempio, rintracciate e studiate aree sensoriali deputate a elaborare stimoli provenienti dagli organi di senso, aree motorie, deputate al coordinamento delle attività muscolari, e aree cosiddette di associazione, le cui funzioni non sempre sono immediatamente evidenti.

Quello che rende il cervello (e il conseguente comportamento umano) relativamente imprevedibile e diverso da una macchina banale con input e output biunivocamente correlati è proprio l'imponente massa di aree nervose associative. Solo questo particolare anatomico basterebbe a falsificare l'abusata analogia col computer. Infatti, i meccanismi elettronici hanno una rigidità di struttura e di segnale che ne rende prevedibile il comportamento mentre nel cervello le reti neurali ridondanti e i circuiti degenerati da esse supportati consentono una notevole flessibilità di risposta. Le connessioni neurali si sviluppano nel corso dello sviluppo individuale (sia durante l'embriogenesi che dopo la nascita) in seguito a un processo selettivo molto interessante.

L'ipotesi selezionista sostenuta da Edelman propone l'idea di cervelli incarnati e di corpi inseriti, a loro volta, in contesti ambientali, naturali e sociali, che in qualche modo ne plasmano le effettive strutture e funzioni. Un rigido determinismo genetico con istruzioni codificate geneticamente per la struttura cerebrale non può funzionare per spiegare la complessità di quest'organo meraviglioso e misterioso.

A parte il fatto dell'evidente sproporzione tra geni (circa 30.000) e reti di neuroni (centinaia di miliardi) che già renderebbe impossibile codificare in modo precostituito e rigido la cablatura cerebrale, quello che conosciamo dello sviluppo fisiologico e delle deviazioni fisiopatologiche ci conferma, inoltre, nell'idea di un cervello esito di processi prevalentemente epigenetici. In altri termini, la dotazione genetica di base darebbe le istruzioni in codice solo per configurare le caratteristiche generali di specie mentre lo sviluppo effettivo dei singoli cervelli sarebbe esposto alle influenze modellanti dell'ambiente in maniera, a priori, imprevedibile. Vediamo tutto questo come può verificarsi. L'ipotesi della selezione neurale è molto semplice, essa prevede un meccanismo di tipo darwiniano per la crescita cerebrale. Inizialmente ci sarebbero neuroni e connessioni in eccesso, poi, quelli stimolati e attivati più di frequente verrebbero selezionati rispetto a quelli meno attivati. Alcuni processi selettivi avvengono in fasi critiche dello sviluppo e non sono pertanto reversibili. Ad esempio, le reti neurali della corteccia occipitale, chiamate in causa nella visione, se non funzionanti ed attivate da adeguati stimoli visivi, non sono più disponibili per quel ruolo e vengono reclutate per altri scopi. Questo

spiegherebbe la cecità pur in presenza di un sistema oculare e nervoso apparentemente indenne sul piano anatomico. Allo stesso modo, si sa che, se non stimolati adeguatamente all'uso della parola, i bambini, in qualche modo, ne risentono e sviluppano seri problemi di linguaggio, come dimostrano i casi dei cosiddetti bambini selvaggi, dispersi in tenera età e ritrovati dopo anni di completa assenza dei normali rapporti interumani.

In definitiva, come avviene per le aree sensitive e per il linguaggio anche tutta la smisurata rete associativa risente della selezione ambientale e si sviluppa in modo individualmente irripetibile. Per questo, non esistono due cervelli identici neanche nel caso di gemelli omozigoti, ed il cervello, vista la preponderanza delle aree associative rispetto a tutte le altre con i massicci fenomeni di rientro degli impulsi, è, come sostiene Edelman, un organo "che parla soprattutto a se stesso".

Il cervello parla a se stesso nell'incessante rincorrersi di segnali e stimoli che si incrociano nelle aree associative consentendo, ad esempio, dall'integrazione di segnali parziali raccolti dalla retina la ricostruzione di un'immagine visiva completa e tridimensionale.

Ma parla a se stesso anche in assenza di stimoli esterni, quando ad esempio, la stessa immagine, invece che frutto di una stimolazione sensoriale, è generata da un ricordo cosciente o da una visione involontaria provocata, magari, da sostanze allucinogene.

Uno stesso risultato a livello di sensazione può essere raggiunto attraverso strade diverse, ossia attivando circuiti nervosi plurimi. Si tratta del fenomeno della cosiddetta degenerazione del sistema, ossia la possibilità che siano disponibili circuiti neurali multipli per la stessa funzione. Questo assicura un grado di adattabilità del sistema stesso a lesioni parziali e nello stesso tempo potrebbe essere la base neurobiologica di processi simbolici come la metafora. In definitiva, riassumendo i risultati delle più recenti indagini neurobiologiche possiamo concludere con le parole di Edelman:

"Le interazioni complesse talamo-corticali integrano i dati provenienti dalle diverse fonti sensoriali e forniscono lo scenario d'azione percettiva della cosiddetta coscienza primaria, presente già nei vertebrati, una coscienza operante nel cosiddetto «presente ricordato»".

Per queste attività di rientro correlate al fenomeno soggettivo della coscienza non bisogna però commettere l'errore di andare alla ricerca di una sede precisa. Non esiste un centro di comando anatomicamente definito sede dell'io individuale percipiente. In altri termini, il cervello parla prevalentemente a se stesso ma non c'è una stanza o un luogo privilegiato della mente pensante: la parola magica è interazione. L'emergenza della coscienza sarebbe, quindi,

conseguenza delle attività di integrazione talamo-corticali prese nel loro complesso, con l'autocoscienza, infine, dote esclusiva dell'uomo e, forse, di qualche scimmia antropomorfa, che si collocherebbe solo su un gradino superiore di complessità delle attività di rientro: un gradino cui si perviene esclusivamente con la mediazione del linguaggio simbolico. In questo modo, si articola una coscienza della coscienza e l'idea di un sé duraturo nel tempo. Tuttavia, anche in questo caso come già per la sensazione resta il dato dell'incommensurabilità tra fenomeni qualitativamente diversi. Ci ritroviamo con un'attività nervosa rilevata con mezzi sofisticatissimi, da un lato, e dall'altro con percezioni, ragionamenti logici, espressioni ed intuizioni estetiche, categorie etiche e giuridiche.

Che rapporto c'è tra fenomeni biologici indagati a livello cellulare e l'attività soggettiva? Come interpretare in maniera corretta la correlazione tra eventi qualitativamente così diversi? Si possono evitare i pericoli opposti di un riduzionismo scienziato o di un rinnovato idealismo o dualismo razionalista?

La risposta a queste domande non è stata ancora trovata da nessuno, tuttavia, senza pretendere di riaprire l'annoso problema del rapporto mente-corpo, vediamo cosa propone almeno la letteratura neuroscientifica e filosofica più recente.

- **Le illusioni della coscienza: epifenomenismo e libero arbitrio**

Il problema principale è stabilire il rapporto tra eventi neurobiologici e i cosiddetti qualia, termine che riassume le diverse esperienze soggettive prima esaminate. Anche se con diverse sfumature interne, una prima possibile risposta adottata da molti è quella dell'epifenomenismo, teoria per la quale i qualia sono sì eventi reali generati dall'attività nervosa ma non sono influenti causalmente sui circuiti di rientro neuronali. Secondo questo punto di vista riduzionistico il mondo soggettivo avrebbe una sua consistenza e realtà ma essa sarebbe totalmente priva di efficacia causale sul mondo fisico.

Tale riduzionismo epifenomenista è diverso dal riduzionismo del materialismo fisicalista che pretende di eliminare completamente il mentale sostituendolo con resoconti di tipo fisicalista. Per il fisicalismo, infatti, il mondo sarebbe composto esclusivamente di fatti fisici esplorabili con metodo scientifico, il mentale semplicemente non esisterebbe e sarebbe una nostra illusione che, in quanto tale, andrebbe eliminata quanto prima. In questo si concretizza l'atteggiamento cosiddetto eliminativista. Per il punto di vista epifenomenista, invece, le cose sono leggermente diverse: la coscienza e i qualia in generale sono reali e rappresentano come

una sorta di informazione sugli eventi neurali data in una lingua straniera rispetto al linguaggio scientifico ordinario. Vedremo poi come la prospettiva epifenomenica sia passibile di interpretazioni più o meno radicali che prevedono funzioni diverse per il mentale e il suo linguaggio. Come pure, più avanti, si tenterà un resoconto anche di posizioni esplicitamente critiche dell'epifenomenismo, tese a riconoscere un'efficacia causale del mentale sul fisico e soprattutto un'autonomia effettiva sul piano morale.

Per ora limitiamoci a segnalare ed elencare quelle che la visione epifenomenica tende a classificare come alcune illusioni generate dalla prospettiva mentalista (prospettiva che però, diversamente dal fisicalismo, l'epifenomenismo non considera di per sé un'illusione): l'illusione della coscienza come forza causalmente efficace sul corpo (sono realmente io che voglio contrarre un muscolo e spostare il mio braccio?); l'illusione eraclitea del tempo che scorre; l'illusione del libero arbitrio. Il punto di vista di un'epistemologia basata sul cervello, suggerito da Edelman, tendenzialmente adotta una esplicita posizione epifenomenica su tutte e tre le questioni prima elencate. Tuttavia, egli propone una mediazione che tenti di evitare la completa svalutazione del ruolo degli eventi mentali. In particolare, sostiene che tutti i resoconti e le rappresentazioni espresse nel linguaggio tipico della soggettività, ossia la seconda natura (sensazioni elementari, rappresentazioni simboliche e linguaggi metaforici, categorie logiche ed etiche) vadano tenuti in considerazione e possano validamente affiancarsi alle spiegazioni scientifiche, tipiche della ragione naturalistica (la prima natura). Edelman respinge gli estremi del riduzionismo, per esempio l'approccio della psicologia evoluzionistica che pretende di spiegare meccanicisticamente i comportamenti umani e il linguaggio stesso come il risultato dell'attivazione di moduli mentali ereditabili geneticamente. In particolare per il linguaggio: «la teoria respinge l'idea di un meccanismo di acquisizione del linguaggio basato sul cervello ed ereditato geneticamente, e afferma invece che l'acquisizione del linguaggio è epigenetica. La teoria neuroscientifica così elaborata viene definita un «realismo condizionato» perché anche per altre caratteristiche peculiari dell'umanità non si affida al determinismo genetico di tipo istruzionistico ma privilegia meccanismi epigenetici di tipo darwiniano. In altri termini, esistono vincoli ereditati geneticamente sul tipo di corpo e di cervello che si formeranno durante lo sviluppo embrionale di un organismo ma tali vincoli di specie non arrivano alla determinazione individuale: l'individualità fenotipica è sempre il risultato di percorsi epigenetici complessi di interazione con l'ambiente e di selezione da parte di questi. A maggior ragione tale spiegazione vale, come abbiamo già visto, per le reti neurali complesse

all'origine dei fenomeni coscienti. I circuiti rientranti cerebrali, il famoso parlare a se stesso del cervello, non rappresentano, quindi, il monologo di un pazzo ma sono l'esito di un dialogo precedente intercorso con l'ambiente in cui il cervello, e il corpo che lo ospita, si trovano a vivere e competere per la sopravvivenza. L'esito dell'interazione è dato da una specifica cablatura neurale, nel cui ambito i circuiti rientranti si organizzano e si consolidano durante lo sviluppo individuale e realizzano quella stretta interconnessione talamo-corteccia alla base dell'attività mentale soggettiva: «Da questo sub-strato neurale sono emersi i domini della creazione artistica, i sistemi etici e una visione scientifica del mondo. Questa concezione fornisce una fonte di verità verificabile che ci consente di studiare il cervello come l'organo necessario per comprendere ogni forma di verità. L'epistemologia basata sul cervello respinge, tuttavia, l'idea che sia possibile ricondurre l'arte, l'estetica e l'etica a una serie di regole epigenetiche di attività cerebrale.

In definitiva, quello di Edelman è un epifenomenismo sui generis, forse, in linea di principio, neanche del tutto coerente con se stesso, quando riconosce la necessità di un approccio pluralista alla verità e, riprendendo esplicitamente la polemica anticartesiana di Giambattista Vico, non considera affatto onnicomprensivo ed autosufficiente il metodo empirico-matematico. Anzi, conoscenze soggettive (ad es. la creatività estetica e la logica metafisica) sono considerate proficui strumenti di conoscenza che concorrono alla ricerca della verità insieme alle verità controllabili empiricamente, tipiche della cosiddetta scienza dura, e alle verità storiche, tipiche delle situazioni multicausali complesse.

L'approccio proposto da Edelman, pur rifuggendo dagli estremi del fisicalismo eliminativista resta pur sempre di tipo epifenomenico con il mentale che rappresenta una realtà ridondante ed ininfluenza causalmente rispetto al mondo fisico che, pur collaborando alla ricerca della verità, vi contribuisce con un linguaggio, tutto sommato, secondario e indiretto. Nelle prossime righe tenteremo di esporre le posizioni molto critiche sull'epifenomenismo proposte di recente da due autori tedeschi, Hans Jonas e Jurgen Habermas. Hans Jonas ha dedicato al problema uno scritto che originariamente era stato pensato come capitolo della sua opera più famosa Il principio responsabilità ma fu poi pubblicato a parte ed è adesso disponibile in traduzione italiana. In questo saggio, l'epifenomenismo viene criticato in quanto postulerebbe una sostanziale impotenza della soggettività nei confronti del substrato fisico. La coscienza, in altri termini, sarebbe incapace di determinare il suo stesso corso e nello stesso tempo incapace di avere potere causale nei confronti del corpo. La duplice impotenza della soggettività



verrebbe postulata sulla base del principio della completezza causale del mondo fisico e del principio di conservazione dell'energia. Per Jonas questa teoria non solo fa chiaramente a pugno con l'evidenza fenomenologica soggettiva, che mostra un corso autonomo del nostro pensiero con premesse da cui seguono conclusioni all'apparenza logicamente concatenate e, inoltre, mostra la possibilità di agire costantemente sul nostro corpo mettendo in essere movimenti ed azioni volontarie, ma è anche incoerente sul piano della teoria fisica pura. In primo luogo, la teoria postulerebbe un mentale come mero prodotto del fisico che, tuttavia, non avrebbe di suo alcuna efficacia causale. Di fatto un qualcosa che interromperebbe quella completezza causale che, invece, si vorrebbe difendere come assioma a tutti i costi.

Il prodotto mentale, inoltre, sarebbe energeticamente a costo zero, violando l'altro principio fisico della conservazione dell'energia che pure si vorrebbe difendere a spada tratta. Ma, a parte queste incongruenze e incoerenze sul piano della fisica, è sul terreno della logica che l'epifenomenismo si mostra contraddittorio o quanto meno conduce a dei vicoli ciechi logici. La coscienza epifenomenica sarebbe, infatti, un mero ornamento, ossia, sostanzialmente, una vera e propria illusione generata dalla complessità dell'organizzazione del cervello umano, ma, guarda caso, i processi propri di questa illusione sarebbero stati in grado di smascherare l'inganno (ossia la coscienza avrebbe smascherato se stessa) in quanto è proprio attraverso il pensiero cosciente (che, però, solo illusoriamente è concatenato logicamente) che si scoprirebbe l'inganno. Un inganno non si sa da chi e verso chi proposto, perché anche l'io individuale e l'autocoscienza sono epifenomeni.

Un inganno forse della materia a se stessa? Il corto-circuito del pensiero è evidente.

Dopo questa critica dell'epifenomenismo si propone poi, da parte del pensatore tedesco, una possibile ipotesi interpretativa del legame psico-fisico. Senza entrare in dettagli che necessariamente richiederebbero più spazio a disposizione e rinviando al testo originale per un'analisi completa, si può sinteticamente riassumere la tesi di Jonas come una forma di interazionismo psico-fisico che vorrebbe essere non dualista e postula la possibilità da parte del mentale di operare, con minimi scambi energetici, un'influenza sul fisico.

La possibilità di questi incontri-scambi tra mentale e fisico sarebbe offerta dalla peculiare struttura cerebrale aperta allo scambio con il mondo mentale grazie ad una sua particolare porosità. Attraverso questa struttura porosa, propria esclusivamente dei cervelli più evoluti filogeneticamente, avverrebbe il passaggio mentale-fisico, non dimenticando, come più volte

già ricordato, che tale passaggio esige una trasformazione qualitativa che rende ciò che sta da un lato incommensurabile con ciò che sta dall'altro lato.

La possibilità dell'interazione chiamerebbe in causa eventi a livello quantistico che potrebbero spiegare l'evidente sproporzione tra energia mentale azionante ed effetti fisici, molto più dispendiosi sul piano energetico (per i quali ultimi varrebbe la spiegazione deterministica tradizionale). L'idea di fondo sembrerebbe affine a quanto sostenuto dal classico lavoro di Popper ed Eccles degli anni settanta L'Io e il suo cervello e da altri studi più recenti ai quali, sempre per economia di spazio, si rinvia. Nessuna delle due ipotesi, epifenomenismo o interazionismo, è, tuttavia, dimostrata o dimostrabile scientificamente, secondo Jonas, anzi la sua stessa proposta teorica non ha pretese di verità ma è solo un modo per dimostrare che la spiegazione epifenomenica è incoerente e possono esserci altre spiegazioni, non contraddittorie con le nostre attuali conoscenze scientifiche, in grado di salvare i fenomeni: il senso di libertà e di autodeterminazione individuale e lo schema meccanicistico di interpretazione della natura. Proprio questo è il problema di partenza di alcune acute riflessioni di Jurgen Habermas che discute la più recente letteratura dedicata al problema psico-fisico propugnando un naturalismo morbido, ossia non scientificistico e che sappia riconciliare i due punti di vista: determinismo e libertà. Infatti: «Neurologi e cognitivisti discutono con filosofi e altri cultori di scienze umane sulla concezione deterministica secondo la quale un mondo causalmente chiuso non lascia spazio alla libertà di scelta fra comportamenti alternativi. L'idea di Habermas è che non siano plausibili né un'immagine riduzionistica e materialistica della realtà né forme di dualismo o idealismo razionalistico. Il mondo mentale degli stati soggettivi di coscienza è reale e nasce nell'ambito della stessa traiettoria evolutiva dell'umano. Proponendosi esplicitamente di conciliare Kant con Darwin, il pensatore tedesco, infatti, interpreta la straordinaria capacità comunicativa e simbolica dell'uomo come effetto e causa allo stesso tempo della sua enorme capacità di diffusione sul pianeta. Il nascere di una specie simbolica e socializzata rende inconcepibile, per ragioni evolutive, qualunque epifenomenismo: perché mai l'evoluzione avrebbe consentito l'emergere di una proprietà, la soggettività, così fondamentale per la sopravvivenza e il successo riproduttivo, ma di fatto solo illusoria o, al più, pleonastica? In realtà, entrambe le strategie cognitive, la conoscenza oggettiva data dal metodo empirico-matematico e la conoscenza soggettiva, frutto delle argomentazioni razionali, sono evolutivamente utili. Con la prima si fonda una base intersoggettivamente stabile di conoscenza del mondo in terza persona, con la

seconda si rendono possibili le strategie comunicative a livello sociale, fondate sulla prima e sulla seconda persona.

Nel primo percorso gnoseologico viene raggiunta la prospettiva dell'osservatore neutrale, seguendo la seconda strada si perviene alla prospettiva del soggetto partecipante all'interazione sociale. L'osservatore neutrale vede come scheletro del reale solo rapporti di causa oggettivi, per il resto parla di illusioni ed epifenomeni. Il partecipante all'interazione sociale vede se stesso e gli altri suoi simili come soggetti liberi che si danno reciprocamente conto delle proprie azioni, sentendole libera espressione della propria responsabilità morale. Il naturalismo morbido di Habermas ha molte affinità con le idee, prima espresse, sia di Edelman sia di Jonas. Col primo condivide la visione pluralistica della conoscenza e la necessità di integrare prima e seconda natura in un percorso interpretativo omogeneo in coerenza con una critica serrata all'epifenomenismo, sostenuto, seppure in forma annacquata e contraddittoria da Edelman. Col secondo condivide molte delle argomentazioni critiche verso l'epifenomenismo, salvo il richiamo alla possibile interazione tra mentale e fisico fondata su presunte azioni a livello indeterministico: per Habermas la libertà umana non farebbe un buon affare se sottratta alla necessità fosse poi abbandonata al caso quantistico. In definitiva, il fatto che lo spazio delle ragioni e degli individui sia frutto di una costruzione sociale e sembri scarsamente conciliabile, ovvero in traducibile, con il linguaggio della neurobiologia, non spaventa più di tanto Habermas: «Dal punto di vista antropocentrico della forma di vita di individui socializzati in comunità, che risolvono i problemi mediante il linguaggio e la cooperazione, entrambi i lessici e le prospettive di spiegazione che “noi” imponiamo al mondo permangono per noi “ineludibili”».

Vedremo più avanti come questa prospettiva habermasiana di conciliare Kant e Darwin (con la mediazione spesso implicita di Hegel) sia proficua anche in relazione all'interpretazione del fenomeno dei cosiddetti neuroni “specchio”.

- **I neuroni specchio e il libero arbitrio**

Negli anni ottanta del secolo scorso una scoperta di neurofisiologia ha aperto interessanti scenari per le neonate neuroscienze. Si tratta dei cosiddetti neuroni specchio, ossia delle cellule motorie che si attivano quando vengono osservati i movimenti compiuti da terze persone e che in qualche modo mimano, rispecchiandole, le azioni guardate. Ad esempio, se guardiamo una partita di calcio o l'esibizione di un acrobata o se, molto più semplicemente, guardiamo i nostri figli studiare, automaticamente si attivano nel nostro cervello le stesse aree motorie. È come se noi simulassimo internamente, senza movimenti espliciti, le azioni di cui siamo osservatori. Questa scoperta ha avuto notevoli implicazioni.

Una prima qualità da sottolineare è proprio la irriflessività del rispecchiamento.

Non c'è bisogno di pensare o volere imitare in maniera esplicita, la simulazione interna avviene automaticamente ed è questa una dote che compare già nei neonati con poche ore di vita. La scoperta dei neuroni specchio, inoltre, prima rinvenuti nelle scimmie poi confermata anche negli uomini, ha sconvolto un paradigma consolidato della neurofisiologia classica: quello della specializzazione e della localizzazione.

Come si è già accennato, le aree cerebrali corticali, già sviluppate nei primati ma che raggiungono la loro massima espansione nell'uomo, si consideravano suddivise in zone sensoriali, zone motorie e aree associative ben distinte funzionalmente e anatomicamente tra loro. Ebbene, con la scoperta dei neuroni specchio e delle loro particolari funzioni questo schema interpretativo salta, nel senso che ci troviamo di fronte a neuroni con funzioni in parte sensoriali e in parte motorie. L'immagine del cervello e delle sue funzioni viene così completamente ridisegnata, invece di un organo suddiviso in parti specializzate abbiamo un organo che si comporta più come un tutto organizzato: da riduzionistica e meccanicistica la fisiologia cerebrale diventa, in un certo senso, olistica.

La capacità dei neuroni specchio di attivarsi in contemporanea a chi compie effettivamente un'azione nel cervello di chi, invece, si limita solo ad osservarla e simularla internamente ci riporta all'idea di un circuito nervoso che non sfocia all'esterno verso il canale muscolare ma che si mantiene all'interno, un altro di quei fenomeni di rientro che abbiamo visto essere alla base sia della sensazione che della percezione e dell'autocoscienza.

Inoltre, dagli studi sperimentali effettuati, sembrerebbe che con i neuroni specchio il nostro cervello sia in grado non solo di riconoscere e simulare la semplice azione motoria ma, molto più intrigante e interessante, sia addirittura in grado di discriminare tra le intenzioni

dell'agente. Prendere ad esempio una tazza da tè è un'azione che può essere motivata da intenzioni diverse, ad esempio dall'intenzione di metterla da parte per lavarla o, invece, dalla volontà di berne il contenuto. In un famoso esperimento si è visto che a seconda dei contesti in cui l'afferrare la tazza veniva collocato (privo di riferimenti ambientali, una tavola con briciole e già usata per la colazione, un'altra appena imbandita con biscotti e posate in bella mostra) le cellule specchio attivate erano leggermente diverse come se avvenisse una sottile discriminazione tra le intenzioni dell'agente osservato.

Queste qualità particolare hanno indotto gli studiosi a considerare le cellule specchio come potenziali basi neurobiologiche di alcune funzioni umane, quali l'empatia, la capacità di socializzazione e il senso morale, secondo uno dei pionieri nella ricerca nel settore, Marco Iacoboni: "Quando vediamo qualcun altro che soffre o sente dolore, i neuroni specchio ci aiutano a leggere la sua espressione facciale e a farci provare la sofferenza o il dolore di quell'altra persona". "Simili momenti, come argomenterò nel libro, sono la base fondante dell'empatia, e probabilmente anche del senso morale, un senso morale profondamente radicato nella nostra biologia". Tali considerazioni generali, insieme a molti altri dettagli interessanti degli studi sui neuroni specchio, sono disponibili nel bel volume di Iacoboni che riesce a trasmettere con semplicità i risultati delle ricerche sperimentali effettuate, fornendo sia una chiave di lettura storica, che dà il giusto merito all'équipe di studiosi italiani da cui è partito il filone di ricerca, sia una chiave di lettura teorica che, nello spirito di integrazione dei saperi tipico delle neuroscienze, propone un'interpretazione filosofica del dato scientifico. Al libro, quindi, rinviamo per gli opportuni approfondimenti.

In questa sede ci preme discutere di alcuni aspetti relativi proprio all'interpretazione filosofica dell'attività dei neuroni specchio, più in particolare ci interessa discutere delle possibili conseguenze di tale scoperta neurobiologica sull'autonomia e la libertà d'azione dei soggetti: il tema in definitiva della moralità e del libero arbitrio umani.

Una certa interpretazione del ruolo dei neuroni "specchio", infatti, a prima vista mette fortemente in crisi l'idea di soggetto autonomo (l'autolegislatore kantiano), quell'idea per cui: «siamo naturalmente portati a pensare a noi stessi come a individui autonomi non così direttamente e pedissequamente influenzabili da ciò che vediamo, quasi dovessimo per forza scimmiettare gli altri. Il fatto che si siano individuati i fondamenti neurobiologici che spiegano la naturale e inconscia tendenza imitativa dell'uomo come animale sociale, può essere aperto a più di una chiave interpretativa. Una prima interpretazione può giungere ad una vera e propria

negazione dell'autonomia individuale, considerata poco più di un'illusione e maschera delle reali forze determinanti il comportamento individuale. In questa interpretazione radicale si sommano e si potenziano a vicenda i due determinismi da sempre nemici dichiarati della libertà e dell'autonomia dell'uomo: il determinismo biologico e quello sociologico. Prendendo ad esempio la violenza imitativa, quella indotta dalla visione mediatica di scene violente, possiamo riscontrare l'intreccio di determinismo sociologico, con la tesi che chi pratica lo zoppo impara a zoppiare (ossia la frequentazione di ambienti violenti crea ulteriore violenza) e di determinismo biologico, con la tesi che il comportamento imitativo è biologicamente determinato (ossia i neuroni specchio con l'imitazione inconscia da essi modulata sono il vero innesco del comportamento imitativo). Cause esterne, ambientali, e cause interne, neurobiologiche, congiurano insieme ai danni del libero arbitrio, ricondotto a mera illusione psicologica. Questa interpretazione estrema annulla la libertà del volere umano in modo assoluto e, se coerente, dovrebbe comportare una profonda revisione dell'etica e del diritto, se non una loro totale abolizione. Sia la responsabilità etica che quella giuridica si fondano, infatti, sull'idea di soggetto autonomo, caduta questa cadono anche le prime due. Un'altra interpretazione, meno radicale, ha come obiettivo polemico l'idea dell'autonomia individuale intesa come totale indipendenza dai condizionamenti biologici e/o sociali, ma non arriva al punto di negare una sia pur limitata e circoscritta libertà. In verità quest'idea di una morale totalmente autonoma che contrasti istinti e passioni individuali fa parte della tradizione kantiana di netta separazione fra fenomenico e noumenico. Il soggetto morale kantiano si erge, infatti, come supremo autoregolatore rispetto alla natura empirica e crea così una scissione insanabile tra io empirico ed io ideale. Se la teoria dei neuroni specchio si intende come critica a questo modello astratto di libertà individuale ben venga e ci sentiamo senz'altro di dividerla. Essa, come già a suo tempo fece Hegel, ci ricorda che il soggetto morale non vive in un iperuranio ma è concretamente impigliato in una rete di impulsi e condizionamenti che ne limitano fortemente e condizionano il volere, senza, tuttavia, annullarne del tutto la libertà. Vediamo ancora cosa ne pensa Habermas, il cui punto di vista ci sembra particolarmente rilevante ed esemplificativo di una tale prospettiva:

Quando fa determinare il proprio volere da ciò che è nelle sue forze e che ritiene giusto, chi agisce non si trova fuori dal mondo. Egli dipende dal substrato organico delle sue facoltà, dalla sua storia personale, dal carattere e dalle capacità, dall'ambiente sociale e culturale, e non da ultimo dai dati effettivi della situazione in cui agisce. Ma in un certo senso egli si appropria

di tutti questi fattori in modo tale che essi non possono più influire come cause esterne sulla formazione della volontà, né irritare la sua consapevolezza di libertà. L'autore responsabile si identifica col proprio organismo, con la sua cultura e storia personale che improntano il suo comportamento, con le sue motivazioni e capacità.

La relativa libertà dell'uomo non è, quindi, astrattamente separabile dalle passioni e dagli stimoli biologici o ambientali, ma deve porsi essa stessa come passione tra le passioni e come istinto tra gli istinti. Un suo prudente esercizio non deve porsi l'obiettivo impossibile di annullare le contrastanti emozioni da cui siamo dominati come animali sociali quanto piuttosto di servirsene per la realizzazione delle norme etiche elaborate dalla ragion pratica. In questa prospettiva, in definitiva, la capacità imitativa inconsapevole, resa possibile dall'azione dei neuroni specchio, si presenta come una capacità intrinsecamente neutrale sul piano etico, all'opera in una varietà infinita di situazioni esistenziali. Essa si può porre al servizio del male e condurre all'imitazione di azioni e comportamenti violenti o, al contrario, porsi al servizio del bene con tutta la serie di gesta di abnegazione e di altruismo passibili di emulazione. È abbastanza prevedibile che, anche col massimo sforzo individuale e sociale (come è giusto che sia) per incrementare i comportamenti buoni e ridurre quelli cattivi, nel percorso esistenziale di ognuno di noi non mancheranno mai del tutto esempi né dei primi né dei secondi, per cui l'imitazione è, potenzialmente, ambivalente e si può rivolgere ad entrambi. La capacità di mediare tra i contrastanti condizionamenti che la vita ci propone incessantemente inclinando verso abiti comportamentali ispirati a bene e giustizia è tutta la libertà cui realisticamente si possa aspirare. Libertà non astrattamente priva di limiti e condizionamenti ma fatta anzi proprio di limiti e condizionamenti ogni volta affrontabili e superabili.

## 5.1 Riflessioni sulle Neuroscienze

Lo studio del sistema nervoso umano ha affascinato l'umanità da tempi immemorabili.

Le neuroscienze si propongono di approfondire e di espandere tale studio grazie al contributo di attuali e futuri sviluppi tecnologici. Ci si può domandare, quindi, quali siano le problematiche etiche che occorre mettere in evidenza e come ci si proponga di affrontarle. Senza ambire a considerare l'insieme delle neuroscienze, in queste pagine ci limitiamo a due esempi, scelti come emblematici. Riflettiamo innanzitutto sulla prassi, esaminando la stimolazione cerebrale profonda (SCP), una tecnica strumentale che oggi è utilizzata con sempre maggiore frequenza in soggetti affetti da svariati disturbi cerebrali. Per studiare i contributi teorici, consideriamo un importante progetto di ricerca — chiamato, in modo appropriato, BRAIN, lanciato pochi mesi fa negli Stati Uniti.

Nell'ambito delle neuroscienze, questi due esempi permettono di riflettere su prassi e teoria quali due componenti ineliminabili del progresso scientifico.

Per riflettere eticamente su questi due ambiti neuroscientifici, la riflessione teologica in ambito cattolico esamina la prassi — la SCP — e la teoria — BRAIN —, integrando tre approcci: una visione della scienza (epistemologia), una visione della persona (antropologia) e una visione della società.

Il termine *brain* significa «cervello». In questo caso, però, si tratta di un acronimo (*Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies*) che significa: ricerca sul cervello mediante progressi in neurotecnologie innovative.

- **La stimolazione cerebrale profonda**

Introdotta nel 1947, la SCP è una tecnica impiegata in ambito neurologico che consiste nell'impianto di elettrodi nel cervello umano per trattare disturbi specifici a carico della motilità. Gli elettrodi inviano impulsi elettrici (una corrente continua ad alta frequenza) alle aree contigue del cervello. La SCP è in rapido sviluppo per un crescente numero di indicazioni neurologiche. Dapprima è stata utilizzata in psichiatria, poi nel dolore cronico e in vari disturbi del movimento che non potevano essere alleviati altrimenti e, recentemente, anche nel caso di pazienti epilettici difficilmente trattabili. Negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration* (FDA), l'agenzia federale che regola tra l'altro farmaci e dispositivi medici, ha approvato il suo uso solo per il trattamento di tre condizioni cliniche che colpiscono la motilità: il tremore essenziale (nel



1997), il morbo di Parkinson (nel 2002) e la distonia (nel 2003). Anche nel caso di queste tre situazioni cliniche, la SCP è considerata un'opzione «ultima spiaggia», quando altri trattamenti hanno fallito. Ma nella pratica clinica, a livello mondiale, la situazione è ben diversa. Dati precisi sul numero di stimolazioni cerebrali profonde eseguite non sono disponibili, perché nessun Paese ha ancora istituito meccanismi di controllo (ad esempio, un registro nazionale) che consentano di calcolare quante SCP siano state effettuate e per quali indicazioni cliniche. Otteniamo una risposta indiretta se esaminiamo le vendite di stimolatori cerebrali. I fornitori leader del settore stimano che, a livello mondiale, nel 2006 sia stata raggiunta la quota di 35.000, mentre nel gennaio 2010 si sono toccati i 75.000, e nel gennaio 2011 si è raggiunta la cifra di 85.000. Nella pratica clinica, il crescente numero di stimolazioni cerebrali profonde dipende dall'espansione delle indicazioni neurologiche, che include diversi disturbi cerebrali.

Un elettrodo è un conduttore elettrico che viene utilizzato per creare un contatto con una parte non metallica di un circuito: in questo caso, con una cellula cerebrale (neurone) o con un gruppo di neuroni. La distonia è un disturbo neurologico del movimento.

È caratterizzata da continue contrazioni muscolari che producono torsioni e movimenti ripetitivi o che influenzano la postura.

L'espansione dei casi clinici che sembrano beneficiare della SCP colpisce, ma non stupisce. Ricercatori, clinici e pazienti concordano sui benefici che la SCP arreca nel caso di gravi disturbi della motilità, che compromettono la qualità di vita, permettendo uno stile di vita normale. Inoltre, i pazienti possono controllare gli effetti della SCP *ad hoc*, anche cessando la stimolazione cerebrale. Di conseguenza, non sorprende che ricercatori e clinici vogliano capitalizzare sul successo della SCP, espandendola ad ambiti clinici problematici.

Ben venga ogni trattamento clinico che vada a vantaggio di pazienti per i quali non esistono trattamenti alternativi ugualmente vantaggiosi. Il bioeticista resta però sorpreso e perplesso quando si rende conto che, pur non trattandosi di una nuova tecnologia, non è ancora chiaro come la SCP funzioni e che cosa gli elettrodi introdotti causino nel cervello umano. Probabilmente la SCP agisce modulando i neuroni e modificando il potenziale elettrico della membrana cellulare che separa l'interno di ogni cellula dall'ambiente esterno.

Inoltre, quando gli elettrodi vengono introdotti nel cervello, ci si attende che provochino microlesioni, ma non si è ancora in grado né di valutare la presenza e/o l'estensione dei traumatismi neurali causati, né di quantificarne le conseguenze sul funzionamento cerebrale complessivo. All'ignoranza sul meccanismo di azione della SCP e su ciò che essa può

danneggiare si aggiunge il fatto che la SCP ha effetti inattesi e non voluti che vanno ben al di là dei vantaggi sulla motilità. Infatti, in alcuni casi, la SCP modifica anche il comportamento e la personalità dei pazienti. Talora non sono i pazienti a segnalare i cambiamenti avvenuti; anzi, la loro valutazione della SCP è complessivamente positiva. Sono familiari e amici che notano cambiamenti che possono addirittura spaventare, tanto sono radicalmente distanti dalla condotta precedente. Di conseguenza, occorre una maggiore cautela nel lodare i benefici della SCP.

- **Riflettere eticamente sulla stimolazione cerebrale profonda**

Nella sua qualità di «strumento» utilizzato nella pratica clinica, la SCP esemplifica l'attuale sviluppo biotecnologico, che possiamo definire «irresistibile», almeno in due modi. In primo luogo, in termini quantitativi. Nonostante si ignori il suo meccanismo d'azione e non si sia in grado di valutare appieno i suoi effetti collaterali complessivi e i danni cerebrali che essa causa, i neurologi fanno sempre più affidamento sulla SCP, ampliandone le indicazioni d'uso. Realisticamente, non riteniamo si debba resistere alla SCP *tout court*. Bioeticisti e l'intera società civile dovrebbero però prestare maggiore attenzione alle questioni etiche che la riguardano. La storia della pratica medica, purtroppo, è costellata di abusi ed errori. Pertanto, riteniamo sia necessaria un'ermeneutica del sospetto e una valutazione critica della SCP.

Da un punto di vista etico, si tratta dunque di una resistenza critica ed esigente. In secondo luogo, la SCP è irresistibile in termini qualitativi. Essa rivela un cambiamento nel modo di pensare le alterazioni neurologiche e, forse, anche psicologiche e psichiatriche. La SCP considera queste condizioni come il risultato di uno squilibrio elettrico che può essere risolto utilizzando stimoli elettrici. Una mentalità ingegneristica caratterizza tale approccio.

Quando la macchina non funziona correttamente, è sufficiente scoprire quale meccanismo dev'essere fissato, quale neurone o gruppo di neuroni va stimolato. Ne risulta un modo semplificato e meccanicistico di considerare il nostro cervello e la nostra mente.

Questo approccio non è nuovo. Oltre a ritenere che:

1) il cervello sia una «macchina» sofisticata, nella storia recente possiamo identificare e rintracciare altri quattro modelli interpretativi:

2) il cervello «fisico», in cui si presume che le misure anatomiche descrivano il nostro cervello e la nostra mente;

3) il cervello «chimico», secondo il quale equilibri e squilibri chimici ci consentono di comprendere il funzionamento cerebrale;

4) il cervello quale somma di «processi informatici» che un supercomputer è in grado di riprodurre;

5) il cervello «genetico», in cui i geni regolano il funzionamento cerebrale normale e patologico.

Ciascuno di questi cinque modelli interpretativi dipende da una scienza specifica: l'ingegneria, l'anatomia, la chimica, l'informatica e la genetica.

Tutti questi modelli, tuttavia, tradiscono un approccio positivista. Come esempio, prendiamo in considerazione brevemente il secondo modello: il cervello fisico.

Nella seconda metà del XIX secolo, il medico Cesare Lombroso (1835-1909), considerato l'inventore dell'antropologia criminale, era convinto che i criminali nascessero tali.

Per sostenere la sua ipotesi, egli misurò i tratti fisici di individui considerati anormali, criminali e folli. Nei suoi studi antropometrici, si focalizzò sulle caratteristiche anatomiche della testa. Studiò le dimensioni e l'asimmetria del cranio, la fronte sfuggente, le orecchie di dimensioni inusuali e le irregolarità del viso. Tutte queste misurazioni avrebbero dovuto rivelare il cervello anormale e la mente criminale. Non c'è bisogno di dire che l'ipotesi lombrosiana fu dimostrata erranea e infondata. Se la SCP considera il cervello come un'opera di ingegneria e niente più, gli scienziati possono essere smentiti, ancora una volta, proprio come nel caso di Lombroso. Quali cittadini del XXI secolo, non vogliamo commettere un tale errore. Ma, mentre il modello fisico lombrosiano è oggi piuttosto impopolare, tutti gli altri modelli sono ancora ben presenti sia nella ricerca scientifica, sia nella fantasia popolare. Essi meritano la nostra attenzione etica. Per il bioeticista, questi cinque modelli rivelano: in primo luogo, limiti epistemologici; in secondo luogo, una visione antropologica quanto mai impoverita; in terzo luogo, una visione semplificata della società. In primo luogo, limiti epistemologici.

Il cervello è assimilato a una macchina frutto di un'ingegneria sofisticata o a misurazioni fisiche o a una serie di reazioni chimiche o a un supercomputer o a una pre-determinata informazione genetica. Queste scienze considerano il cervello umano alla luce delle loro competenze ed esperienze, proiettando sul cervello ciò che esse sono in grado di comprendere e di produrre, ma tralasciano di considerare i limiti di ciascuna disciplina scientifica nell'offrire una visione d'insieme e quanto più possibile comprensiva della complessità cerebrale. È necessario, quindi, un approccio epistemologico più completo.

In secondo luogo, una visione antropologica impoverita. Se riflettiamo non soltanto sul cervello, ma anche sulla mente e sulla persona, quali sono le implicazioni di ciascuno di questi cinque modelli interpretativi nel comprendere come funziona il nostro cervello? Rischiamo di perdere di vista sia la mente sia la persona. In altre parole, la scelta epistemologica ha implicazioni antropologiche. Basandosi unicamente su ciascuno di questi cinque modi di studiare il cervello, si rischia di ridurre sia la mente sia la persona al nostro modo di esaminarle, alla luce della nostra esperienza scientifica settoriale.

Un approccio olistico, più promettente sotto l'aspetto antropologico, diventa necessario.

In terzo luogo, una visione semplificata della società. Ognuno di questi cinque modi di studiare il cervello esula dal contesto sociale, mancando di considerare i fattori relazionali, che influiscono su come pensiamo e rispondiamo a eventi e a situazioni.

Il contesto agisce sulla nostra personalità, guidandoci nel formulare giudizi, nel compiere scelte e nel vivere esperienze. Per studiare il funzionamento del cervello normale e patologico, è necessario un approccio più comprensivo. Esso dovrebbe integrare le dimensioni epistemologiche, antropologiche e sociali. Da un punto di vista epistemologico, ciò richiede una sinergia di questi cinque modelli interpretativi e una maggiore consapevolezza dei loro limiti intrinseci. Un approccio antropologico più soddisfacente sottolinea il divario non eliminabile tra il cervello (i nostri 100 miliardi di neuroni e le loro funzioni) e la mente (le innumerevoli attività non riducibili alla semplice comprensione fisica e funzionale del cervello). La consapevolezza di questa distanza tra cervello e mente richiede un risoluto rispetto per la persona e per la dignità umana. Infine, la ricerca scientifica non avviene nel vuoto: un'accresciuta attenzione ai contesti sociali, con le loro disuguaglianze e potenzialità, consente un impegno sociale critico e costruttivo più incisivo e un'autentica promozione sociale.

Nel dibattito bioetico, la riflessione teologica di matrice cattolica risponde al progresso scientifico che pare irresistibile, sottolineando l'importanza e la necessità di questo triplice approccio. In tal modo essa esprime il suo impegno etico irresistibile.

La SCP potrebbe essere considerata da alcuni come un esempio problematico.

Essa pare suggerire che, all'interno della società civile, come cittadini, dobbiamo resistere al progresso irresistibile di questa biotecnologia. Ma tale resistenza etica sembra impraticabile, e forse anche poco realistica. Al contrario, un impegno etico irresistibile può guidare bioeticisti, operatori sanitari e cittadini nell'articolare un approccio costruttivo.

Cinque raccomandazioni etiche ci sembrano appropriate.

In primo luogo, registri nazionali della SCP dovrebbero essere stabiliti nei vari Paesi per determinare quante SCP siano state effettuate. In secondo luogo, per assicurare la sicurezza e l'efficacia della SCP, e per tutelare i pazienti, occorre concordare e applicare requisiti *standard* riguardanti sia le indicazioni sia la procedura.

In terzo luogo, sia i benefici clinici sia gli effetti collaterali dovrebbero essere valutati con maggiore precisione acquisendo una migliore conoscenza di come la SCP funzioni e di ciò che essa provoca all'interno del cervello.

In quarto luogo, a livello nazionale qualsiasi riflessione sulle pratiche cliniche e sulle biotecnologie utilizzate in ambito medico dovrebbe considerare le risorse sanitarie limitate e la necessità di contenere la spesa sanitaria. Razionamento e contenimento dei costi sono due imperativi sanitari e budgetari. Di conseguenza, essi richiedono una valutazione esigente del rapporto costi-benefici, sia per il singolo individuo, sia per il sistema sanitario nel suo complesso. Infine, occorre esaminare anche il contesto, sia localmente sia globalmente.

Poiché la SCP richiede infrastrutture sanitarie sofisticate, essa è disponibile nei Paesi occidentali e in centri selezionati nei Paesi in via di sviluppo. In entrambi i casi, ne beneficiano soltanto i cittadini più ricchi.

Al bioeticista cattolico interessa promuovere la giustizia sociale e a ridurre disuguaglianze ingiuste<sup>5</sup>. Quindi, tale giustizia esige che si rifletta sulle priorità sanitarie a livello globale, come pure sulla distribuzione e l'accesso a procedure e trattamenti.

Il presupposto etico è che la promozione della salute a livello globale è una preoccupazione e una responsabilità condivisa.

- **Dalla prassi alla teoria**

La stimolazione cerebrale profonda esemplifica uno sviluppo biotecnologico irresistibile già clinicamente praticato e in rapida espansione.

Oltre ad offrire benefici clinici, la SCP solleva molteplici problemi etici. Essa mette alla prova la nostra capacità morale e le nostre risorse etiche, e sembra richiedere un'adeguata riflessione etica in merito alla sua incondizionata espansione. In modo costruttivo, la riflessione e la prassi etica potrebbero contribuire a plasmare il progresso attuale, orientando questo strumento clinico verso una più decisa promozione del bene comune.

Il secondo esempio indaga ulteriormente il campo delle neuroscienze soffermandosi su un importante progetto di ricerca, su una teoria e sui concetti che la compongono.

Come abbiamo visto, la SCP mette in evidenza la nostra ignoranza nel comprendere il funzionamento del cervello. Un approccio comprensivo potrebbe consentirci uno studio interdisciplinare capace di delucidare il normale funzionamento del cervello, evitando modelli epistemologici semplicistici. Conoscendo il normale funzionamento cerebrale, potremmo migliorare la comprensione delle patologie che colpiscono il sistema nervoso e disporre di ulteriori strumenti diagnostici e di terapie mirate. Il progresso irresistibile delle neuroscienze potrebbe rispondere al nostro desiderio di conoscere per promuovere la salute.

## CONCLUSIONI

L'artefatto della relazione terapeutica, cornice di un percorso di cura, utilizza il linguaggio, come traduttore di mondi interni, inserita in un contesto nel quale il Luogo, la storia personale e la rete sociale formano strette interconnessioni a tratti talmente invasive da rompere gli argini di un Io fragile, ma contemporaneamente veicolo di risorse fondamentali per la cura.

La possibilità di mantenere un setting stabile, figure differenti ma con dei ruoli chiari, può creare vivide relazioni tra il mondo interno del paziente e la realtà storica-culturale circostante. Una relazione vista come patrimonio clinico all'interno di un percorso di cura, che getta importanti interconnessioni tra un'espressività sintomatologica che rimanda a rigidi schemi nosografici e le manifestazioni emotive proprie di alcuni esseri umani che vivono un disagio psicologico/psichiatrico, comunque attori e portatori di significati nella nostra comune realtà culturale. Secondo la prospettiva complementare sta, un fenomeno complesso necessita di molteplici modelli interpretativi, ognuno dei quali ha valenza assoluta rispetto al proprio punto di vista e relativa rispetto al fenomeno nella sua interezza.

Ciò che riveste reale importanza non è la capacità di descrivere le strutture del reale, ma la possibilità di definire le relazioni esistenti tra tali strutture. L'ottica complementarista ci offre uno spazio per comprendere l'ambiguità e la contraddittorietà della natura umana, insieme alla sua connotazione processuale. La psicologia transculturale viene definita come spazio di intersezione tra discipline diverse in cui è necessario un continuo processo di definizione e ripensamento delle categorie che definiscono l'oggetto del proprio studio. Il margine in questo senso diviene punto di osservazione indispensabile per aprire quello spazio necessario ad inquadrare e comprendere i comportamenti umani in senso complesso e non riduzionistico.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM IV-TR*. Washington, 2000
- Ancora A., (1997), *La dimensione transulturale della psicopatologia*, EUR Ed., Roma
- APA, (2004), *Psichiatria Culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Ed., Milano
- Beneduce R. (2006). *Etnopsichiatria*, Carrocci, Roma
- Berry J., Poortinga Y., Segall M., Dasen R., (1994), *Psicologia Transculturale*, Guerini e Ass. Ed., Milano
- Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia 126(2):263-270, *Comunicazione presentata all'adunanza del 18 marzo 2013*
- Bonesio L., (2006), "Paesaggi, identità e comunità", pag 13-28, in *Passaggi* n°12, Carocci Ed., Roma
- Cattorini P., *Malattia e Alleanza*, Pontecorboli Editore, 2010
- Cattorini P., *Bioetica Clinica*, Apogeo Education, 2008
- Cianconi P., *Addio ai confini del mondo*. Franco Angeli, Milano, 2011
- Chieffi L., Giustiniani P.(a cura), *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Giappichelli 2010.
- Codice di Deontologia Medica: Deliberato C.N. della FNOMCeO, 30 ottobre 1998
- Cole M. (1996). *Cultural psychology*. Harvard College, USA
- Comitato nazionale per la bioetica, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, Roma 2000
- Corivetti G., *Bioetica e Neuroscienze, Studia Bioethica vol.4, Rivista Medicina e Morale*



- Devereux G., (2007), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Ed., Roma
- Fassino S., Daga G., Leombruni P., (2010), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Milano
- Inghilleri P., Terranova-Cecchini R., (1991), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Franco Angeli Ed., Milano
- Kant I: (1788): *Critica della ragion pratica*. Editori Laterza, Roma Bari, 1991
- Lain - Entralgo P. (1969): *Il medico ed il paziente*, Il saggiatore di A. Mondadori, Milano, 1969
- Leff J., (2008), *Psichiatria e culture*, Sonda Ed., Alessandria
- Locke J. (1661): *Sulla tolleranza*. Utet, Milano, 1961
- Jasper K. (1965): *Le questioni della colpa. Sulla responsabilità politica della Germania*. Prefazione U. Galimberti, R. Cortina Editore, Milano, 1996
- Mancuso F., *Bioetica e Malattia Mentale: il malato psichico come persona*, Università degli Studi di Salerno, in BIOÉTICA Herramienta de las Políticas Públicas y de los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI
- Manuli P.: *Medicina e antropologia nella tradizione antica*. Loescher Editore, Torino, 1980
- Miranda G., Bioetica e Psichiatria, Rivista Medicina e Morale
- Nathan T. (1990). *La follia degli altri. Ponte alle grazie*, Firenze
- Nathan T. (2003). *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri. Torino
- N. Lalli, *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, 2a, Liguori Editore, Napoli 1999
- Quaranta I. (a cura di), (2006), *Antropologia Medica*, Raffaello Cortina Ed., Milano
- Scarpelli V., *Bioetica laica*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998
- Sgreccia E.: *Bioetica. Manuale per medici e biologi*. Via e Pensiero, Milano, 1987
- Sims A., (1997), *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, Raffaello Cortina Ed., Milano
- Sironi F. (2010), *Violenze collettive*, Feltrinelli, Milano

- Tavani M., Picozzi M., Salvati G., Manuale di Deontologia Medica, Giuffré Editore, 2007
- Tseng W.-S., (2003), *Manuale di psichiatria culturale*, CIC Ed., Roma
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder*